N° 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

PENDANT L'ACCOUCHEMENT A TERME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 1er JUIN 1887

PAR

Henri BOUVRET

Né à Fondremond (Haute-Saône)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CABIROU FRÈRES ET Cie

19, Cours Gambetta (*ancien Cours des Casernes*)

—

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Médecine légale et Toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie	KIENER
Anatomie (Chargé du Cours)	BIMAR.
Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours)	MOSSÉ (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. de Cours)	MAIRET

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

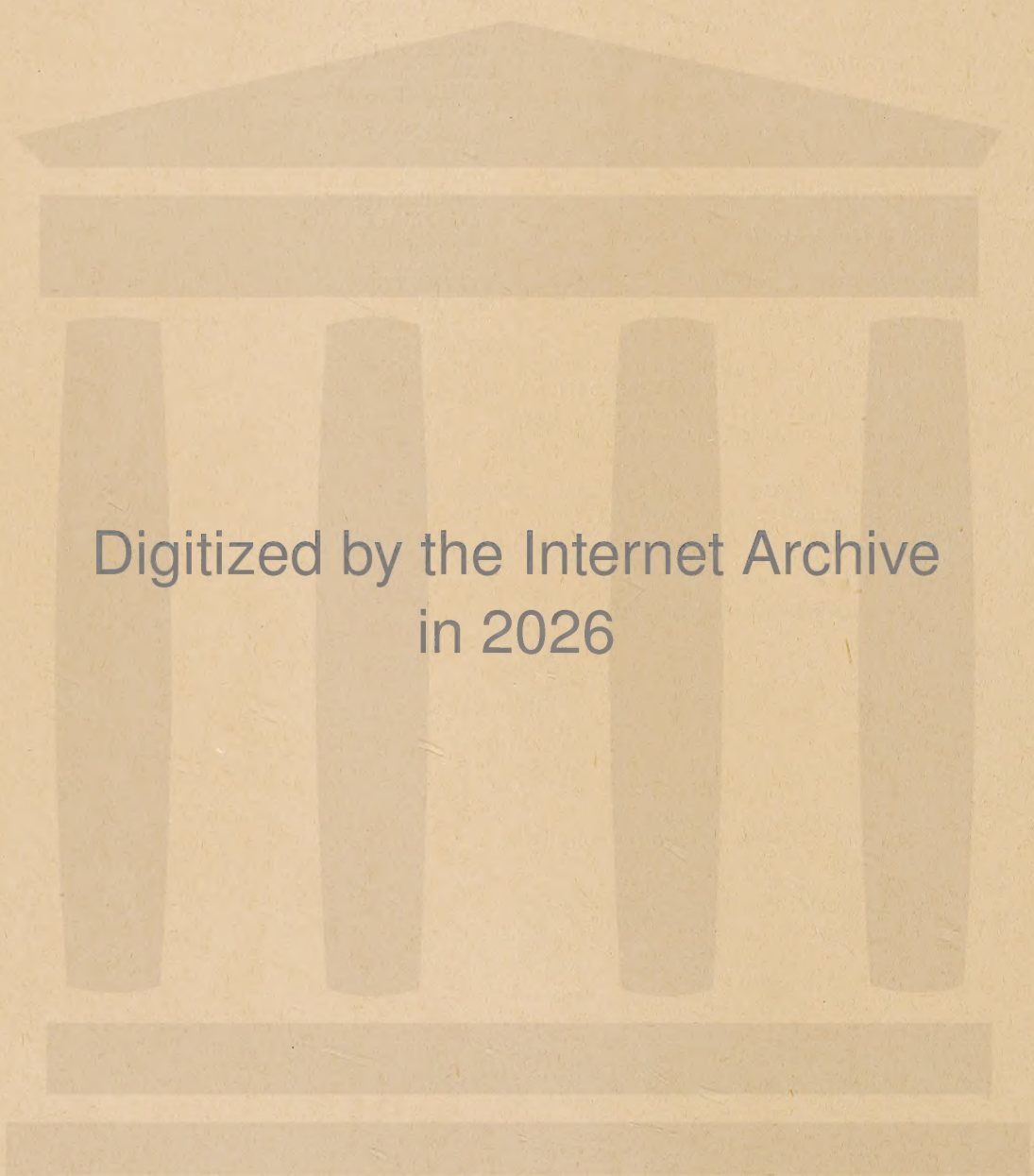
MESSIEURS	MESSIEURS
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
BIMAR.	FORGUE.
MOSSE (✻).	TRUC.
REGIMBEAU (✻).	GERBAUD.
BLAISE	GILIS.
BAUMEL.	MALOSSE.

M. H. GOT, *Secrétaire.*
M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUMAS	*Président.*
GRYNFELTT	*Professeur*
FORGUES, GERBAUD	*Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0127

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A la mémoire de mon Oncle et de ma Tante

A mon Cousin Gustave BOUVRET

CONTROLEUR DES CONTRIBUTIONS DIRECTES

A mon Cousin Armand BOUVRET

MARÉCHAL DE LOGIS AU 2e CUIRASSIERS

A TOUS MES PARENTS

BOUVRET.

A mon Président de thèse M. Léon DUMAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE

A MON AMI ET MAITRE

M. le Professeur Agrégé GERBAUD

A MON AMI ET MAITRE

M. le Professeur Agrégé BLAIZE

BOUVRET.

A M. PALLÉ

MÉDECIN PRINCIPAL EN CHEF A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, A LYON

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

BOUVRET.

INTRODUCTION

L'étude des rapports du cancer utérin avec la grossesse et l'accouchement n'est pas de date récente. Hippocrate (περι γυναικειων), tout en déclarant que, la plupart du temps, le cancer de l'utérus engendre la stérilité, reconnaît pourtant qu'une grossesse peut survenir dans le cours de l'affection, et que, dans quelques cas, on a même vu l'accouchement à terme se faire sans difficultés. Après lui, les anciens auteurs signalent l'obstacle apporté à l'accouchement par la rigidité du col ; mais il est difficile de conclure, à la lecture de leurs observations, s'il s'agit d'une rigidité spasmodique du conduit cervical ou d'altérations anatomiques du col utérin. Les premières observations précises se trouvent consignées dans l'ouvrage de Mauriceau (1). Depuis cette époque, d'innombrables travaux ont été publiés sur la matière. Les plus importants sont ceux de M^me^ Lachapelle (2), de Puchelt (de Heidelberg) (3), de Cohnstein (4), d'Hermann (5), et l'intéressante mono-

(1) Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, Paris, 1669.

(2) Lachapelle. Pratique des accouchements, Paris, 1825, t. III.

(3) Puchelt. Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus, 1840.

(4) Cohnstein. Arch. für Gynæk., t. V, 1873.

(5) Hermann. Obst. transact., t. XX, 1878.

graphie que Chantreuil (1) a fait paraître en 1872. Nous n'aurons lieu d'oublier la récente thèse d'agrégation de M. Bar (2), qui constitue aujourd'hui le recueil le plus complet et le plus intéressant des faits connus, et à laquelle nous ferons de fréquents emprunts.

Que doit-on entendre par le mot *cancer?* Autrefois cette dénomination était synonyme de tumeur ulcérée ; on réservait le nom *squirrhes* aux tumeurs diverses qui n'avaient pas subi l ulcération. Il est à peine besoin de faire ressortir combien le critérium était défectueux ; on a vu, en effet, des fibromes s'ulcérer; et, d'un autre côté, le cancer, pendant une bonne partie de son évolution, ne présente pas d'ulcérations à sa surface. Aussi, les anciens étaient-ils obligés d'admettre la transformation possible des deux variétés de tumeur, la substitution à un moment donné du cancer au squirrhe.

Aujourd'hui l'ulcération n'entre plus en ligne de compte pour apprécier la nature du néoplasme ; une tumeur est *bénigne* ou *maligne*, et le cancer est le type des tumeurs malignes. Le terme cancer n'a plus qu'une valeur clinique; on désigne de la sorte « toute tumeur qui désorganise les tissus où elle se développe et auxquels elle se substitue, qui s'étend au voisinage par continuité ou par dissémination, qui récidive après l'ablation, qui ne cède à aucun traitement interne ou externe, qui se généralise assez souvent par des noyaux secondaires développés dans différents organes ou tissus, en commençant par les gan-

(1) Chantreuil. Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, Paris, 1872.

(2) Bar. Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement, Thèse d'agrég., 1886.

glions lymphatiques voisins de la tumeur, et qui amène constamment la mort (1). »

C'est dans ce sens que nous comprenons le mot cancer. Nous plaçant seulement au point de vue clinique, nous n'envisagerons pas telle ou telle variété de cancer. Les anatomo-pathologistes distinguent en effet soigneusement, dans la famille des cancers, l'épithélioma et le carcinome. Ces deux variétés diffèrent l'une de l'autre par leur origine blastodermique, en même temps que par leur constitution histologique ; tandis que le carcinome est essentiellement constitué par une trame fibreuse limitant des alvéoles remplis de cellules (la tumeur méritant, suivant la prédominance de l'élément fibreux ou cellulaire, le nom de squirrhe ou d'encéphaloïde), l'épithélioma est caractérisé par des amas de cellules épithéliales, qui se présentent sous forme de lobules, de tubes ou de masses perlées. Sur le terrain de la clinique, la distinction n'a pas de raison d'être : on a affaire, dans les deux cas, à des tumeurs malignes dont le développement, l'envahissement et la généralisation suivent une marche à peu près identique.

En regard de leur égale malignité, si nous considérons l'analogie des symptômes (douleurs, hémorrhagies, pertes fétides, cachexie, dans les deux cas), il ressort jusqu'à l'évidence que, pour le clinicien, le carcinome et l'épithélioma constituent une seule et même affection. Aussi, dans le cours de ce travail, envisagerons-nous le cancer dans son acception la plus générale, sans tenir compte des variétés anatomiques ; nous nous en occuperons seulement au point de vue de l'obstacle qu'il peut apporter à l'accouchement à terme.

(1) Cornil. Article cancer du Dictionnaire des sc. méd., t. XII, p. 151.

Nous commencerons par relater une observation détaillée recueillie, à la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. le professeur Dumas ; les diverses particularités de cette observation seront mises en relief à la suite de sa relation. Nous passerons ensuite en revue d'une façon successive le diagnostic, la terminaison et le pronostic, enfin le traitement du cancer utérin compliquant le travail.

M. le professeur Dumas, qui a bien voulu nous autoriser à publier une observation prise dans son service, et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Thèse, voudra bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

PENDANT L'ACCOUCHEMENT A TERME

OBSERVATION ET RÉFLEXIONS

Observation (PERSONNELLE)

Cancer volumineux du col de l'utérus mettant obstacle à l'expulsion du fœtus chez une femme à terme. — Incisions multiples et superficielles du col ; extraction au forceps d'un enfant mort depuis plusieurs heures. — Mort de la femme par péritonite foudroyante.

Le 8 septembre 1886 entrait à la maternité de l'hôtel-Dieu Saint-Eloi une femme à terme, en travail depuis quatorze heures, et qui venait demander à l'art une délivrance que la nature avait été impuissante à provoquer.

Cette femme, âgée de 42 ans, de bonne constitution et fortement charpentée, avait déjà accouché quatre fois ; toutes ces grossesses avaient été normales, les accouchements faciles, et chaque fois, au dire du médecin de la famille, l'enfant s'était présenté par le sommet.

Les antécédents pathologiques de la malade se résumaient de la façon suivante : hémorrhagie utérine abondante, il y a dix ans, à la période menstruelle ; pneumonie, il y a huit mois. A part ces deux phénomènes morbides, santé excellente non démentie.

L'histoire de la grossesse actuelle se résume ainsi : la date exacte de la fécondation ne peut être précisée ; les règles de décembre, attendues à la fin du mois, ont fait défaut ; la grossesse, en calculant d'après la méthode de Tarnier, doit donc partir de fin novembre ou du commencement de décembre. En mars, un écoulement sanguin s'est manifesté à deux reprises : d'abord le 5 (cette hémorrhagie a persisté cinq ou six jours), puis le 29 (deux jours). Pendant toute la durée de la grossesse, la femme a éprouvé des douleurs à l'hypogastre, mais n'a jamais été obligée à garder le lit ; à plusieurs reprises, ses jambes se sont enflées.

Le 6 septembre survient une hémorrhagie très abondante qui dure de 5 à 8 heures du matin. Le 7, nouvelle hémorrhagie, plus abondande encore, qui persiste de 5 heures du matin à 2 heures de l'après-midi.

Le 8, à partir de minuit, apparaissent les douleurs de l'enfantement; des contractions utérines énergiques se manifestent et se répètent toutes les cinq minutes environ ; la poche des eaux se rompt à 6 heures du matin. M. le docteur Bimar, professeur-agrégé à la Faculté, et M. le docteur Leenhardt voient la malade dans la matinée ; ils constatent une lésion néoplasique du col de l'utérus, et appellent M. le professeur Dumas en consultation ; à 2 heures de l'après-midi, la malade entre à l'hôpital, où tout sera mieux disposé en vue d'une intervention efficace ; elle est placée dans le service de M. Dumas, et dirigée, dès son entrée, sur la salle de travail.

A 4 heures du soir, consultation entre MM. Dumas, Bimar et Leenhardt ; examen minutieux de la patiente.

Etat local. — A l'inspection, on constate que le développement de l'abdomen correspond bien à une grossesse à terme ; la voussure utérine est beaucoup plus marquée à droite.

La palpation ne donne que des sensations peu nettes, à cause des contractions fréquentes du muscle utérin ; elle permet néanmoins de sentir la tête un peu à gauche de la ligne médiane, peu engagée ; l'utérus est fortement oblique du côté droit.

L'auscultation révèle l'existence des bruits normaux du cœur fœtal au-dessous de l'ombilic et à droite de la ligne médiane.

Au toucher enfin, on constate que le vagin est normal ; la paroi antérieure de ce conduit est repoussée vers la vulve. Le col de l'utérus

est épais, volumineux, très dur, bosselé ; l'orifice est irrégulier, bordé de saillies, induré. Il n'existe de ramollissement du col que dans une partie très limitée de son étendue, à gauche. La lèvre antérieure est beaucoup plus épaisse et descend plus bas que la postérieure.

L'index pénètre tout juste dans la cavité du col, qui est très longue; le doigt ne peut arriver sur les parties fœtales, vu l'inclinaison marquée de l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière. Les parois de la cavité cervicale sont rigides dans toute leur étendue et parsemées d'éminences.

Dans le cul-de-sac droit, on constate l'existence de saillies mamelonnées, au nombre de trois ou quatre, qui, à un examen superficiel, donneraient la sensation d'une série d'orteils disposés les uns à côté des autres et échelonnés d'avant en arrière, avec une surface libre dirigée du côté de la cavité vaginale.

La patiente, dont l'état a été ainsi apprécié sur le lit de travail, est ensuite portée sur la table d'examen.

Le toucher, dans ces conditions, permet de vérifier les phénomènes ci-dessus mentionnés, et en outre de pénétrer jusque dans la cavité utérine, ou du moins jusqu'à la tête, qui est mobile et non engagée au-dessus d'un orifice interne étroit et très induré. Le col a une longueur de 6 centimètres ; il forme un cylindre épais, plus long et plus dur en avant et à droite qu'à gauche, où il est plus mince et plus mou ; autrement dit, c'est un cylindre rigide dont la partie latérale gauche serait moins épaisse, moins longue et plus molle.

Le spéculum de Fergusson, grand modèle, ne permet pas d'apercevoir l'orifice, qui est très dévié en arrière et un peu à gauche.

Le spéculum bivalve de Ricord, puis le spéculum univalve de Bozeman vérifient les constatations fournies par le toucher. Le col présente une surface irrégulière, bosselée, d'une coloration peu foncée ; il n'existe pas d'ulcérations.

Etat général. — La patiente est forte et vigoureuse ; saillies musculaires accentuées. Coloration jaunâtre de l'ovale inférieur du visage et teinte subictérique des sclérotiques.

Agacement ; douleurs très vives au moment des contractions.

Le pouls est peu fréquent, inégal ; il présente des intermittences marquées (faux pas) ; pas de souffle cardiaque ; pas d'œdème des extrémités.

Du côté du tube digestif, pas de nausées ni de vomissements ; constipation ; bol fécal volumineux, soif ardente.

Mictions fréquentes. Il en a été ainsi pendant toute la durée de la grossesse.

En présence du ramollissement d'une portion du col, et de ce fait que la femme est seulement en travail depuis seize heures, il est décidé de pratiquer l'expectation quelques heures encore, en suivant attentivement la marche du travail. Les matières fécales, qui pourraient apporter un obstacle à l'action des contractions utérines, sont évacuées par un lavement à la glycérine, et on cherche à favoriser le ramollissement du col par une injection intra-cervicale continue d'eau chaude à 49°.

A 7 heures du soir, la patiente refuse de continuer l'injection intra-utérine ; les douleurs sont devenues plus fréquentes et plus intenses.

A 8 heures, on entend encore très nettement les battements du cœur fœtal. Demi-heure après, la femme a la sensation d'un mouvement de descente du fœtus.

A 9 heures, nouvelle consultation. Les contractions utérines sont énergiques ; la femme est agitée, mais l'état de ses forces est encore satisfaisant. Les battements du cœur fœtal ne se perçoivent plus ; il est difficile de se rendre compte si ce défaut de perception des bruits fœtaux est dû à la mort de l'enfant, ou provient simplement de ce que les bruits sont masqués par la tension plus grande du globe utérin.

La consistance du col a un peu diminué ; en outre, sa longueur a diminué d'un centimètre environ ; elle est actuellement (cinq heures après la première consultation) de 5 centimètres. On arrive beaucoup plus facilement sur la tête fœtale, qui d'ailleurs paraît abaissée et plus centrale ; le doigt sent une suture au niveau de l'orifice interne. Les parois du canal cervical sont toujours irrégulières et mamelonnées, mais se laissent déprimer plus facilement.

Quelle est la nature de la tumeur en présence de laquelle on se trouve ? S'agit-il d'un cancer ou d'un fibromyôme du col ? En faveur de la première hypothèse militent la rigidité du col, l'état mamelonné de ses parois et les saillies secondaires qui partent des saillies primitives ; la seconde hypothèse est également soutenable si l'on considère que, dans l'espace de quelques heures, les parois

du col ont diminué de consistance et d'épaisseur, et cela sans friabilité ni rupture. Néanmoins, l'aspect général de la malade fait pencher le diagnostic du côté d'une tumeur maligne.

Quelle que soit la nature de la tumeur, puisqu'elle a déjà subi une certaine réduction, il y a indication à constater si, jusqu'au lendemain matin, la tumeur n'aura pas subi une nouvelle diminution de consistance et un effacement plus marqué.

La malade est placée pendant une heure dans un bain chaud, avec un spéculum fenêtré dans le vagin ; elle en éprouve un bénéfice notable au point de vue de la sédation, et les contractions utérines n'en subissent aucun préjudice.

Au bain succède une irrigation chaude intra-cervicale avec le dispositif de MM. Pinard et Tarnier, modifié comme il suit :

Sur le matelas du lit, on dispose les deux coussins de la table d'examen ; le coussin échancré est placé à la partie supérieure, et l'échancrure est comprise dans l'intervalle qui sépare les deux coussins ; dans cet intervalle on place une toile cirée qui forme gouttière, dont une des extrémités est relevée de façon à ce que le liquide s'écoule tout d'un seul côté ; le siège de la femme est soutenu par un petit coussin en paille reposant dans la gouttière. L'eau est à 50° ; le jet est gradué de façon à ne pas produire un choc contre les parois de la cavité cervicale.

L'injection est tolérée jusqu'à 2 heures du matin, puis suspendue sur le désir formel de la malade, qui lui attribue ses souffrances. Les douleurs n'en persistent pas moins ; à 4 heures, la femme est très énervée ; elle a le facies grippé et pousse des cris continuels.

Une potion au chloral et au bromure lui est administrée par cuillerées toutes les heures.

A 5 heures et demie, un bain d'une heure est donné dans les mêmes conditions que la veille ; il amène encore une sédation très marquée.

A 7 heures du matin, troisième consultation. La malade est faible, parle difficilement, mais souffre moins ; sous l'influence de la douleur, la teinte jaunâtre du visage, déjà constatée la veille, s'est notablement accentuée. Le pouls présente les mêmes intermittences ; les contractions utérines se soutiennent ; pas de bruits du cœur fœtal.

Le col de l'utérus est plus étalé et sa consistance a beaucoup

diminué en certains points ; mais cette consistance (fait qui la veille était beaucoup moins sensible à cause de la dureté générale) est très inégale ; dans la cavité du col, à côté des portions ramollies, on perçoit l'existence de noyaux presque cartilagineux. Il s'agit donc manifestement d'un carcinome, en faveur duquel on pouvait déjà invoquer les bosselures, le développement rapide et latent et l'aspect général de la malade.

L'orifice externe du col est un peu plus dilaté que la veille, surtout transversalement (la partie gauche ayant cédé davantage). Le canal cervical a diminué de longueur; il ne mesure plus que 4 centimètres; à sa partie supérieure, la tête est fortement appliquée contre l'orifice interne ; on sent manifestement un chevauchement notable des pariétaux.

L'épuisement de la malade, l'affirmation du diagnostic d'infiltration carcinomateuse, et par conséquent, l'impossibilité d'un effacement complet du col, enfin, l'incertitude où l'on se trouve sur l'état de vie ou de mort du fœtus, indiquent une intervention immédiate.

L'opération est pratiquée par M. le professeur Dumas, en présence de MM. Bimar et Forgues, agrégés, de M. le docteur Leenhardt, avec l'aide de M. le docteur Guinier, chef de clinique, et de M. Rauzier, interne du service.

La femme est portée sur le lit d'opérations. M. Dumas introduit dans le vagin l'index et le médius de la main gauche, et, avec les longs ciseaux de Paul Dubois tenus de la main droite, pratique quatre incisions superficielles, d'un demi-centimètre de profondeur chacune, dans la substance du col, long de 3 centimètres et demi au moment où l'on opère. Grâce à ces débridements, une partie de la main de l'opérateur peut pénétrer jusqu'à la tête. M. Dumas introduit alors le grand forceps de Pajot; il place d'abord la branche gauche et la fait pénétrer transversalement au niveau de la commissure postérieure ; puis, il lui imprime un mouvement de circumduction de gauche à droite, qui amène la poignée de l'instrument à droite et en arrière.

La main, introduite aussitôt après, permet de constater que, sous l'influence de ce mouvement, la tête a subi elle-même une rotation qui a ramené l'occiput en avant.

La deuxième branche est dirigée d'abord directement en haut, puis à droite ; elle s'articule facilement avec la première. Une trac-

tion énergique exercée sur l'instrument provoque, au bout d'un instant, la descente rapide de la tête, après une sensation de résistance brusquement vaincue et un craquement interne qui peuvent être à bon droit attribués à une déchirure.

La tête est alors amenée facilement à la vulve ; elle entraîne avec elle des fragments du col, et surtout cette partie de la lèvre antérieure comprise entre les incisions droite et médiane antérieure. Toute la portion du col qui émerge de la vulve est réséquée avec des ciseaux ; la section ne donne pas de sang ; le tissu est blanchâtre, friable, lardacé ; il crie sous l'instrument et exhale une odeur infecte. Une ou deux sections portant sur d'autres parties du col sont pratiquées pendant le reste de l'opération.

Une autre difficulté légère qui surgit dans le cours de l'extraction est la projection en avant de l'extrémité de la colonne antérieure du vagin, volumineuse et œdématiée ; la réduction en est facilement obtenue ; elle est maintenue par le doigt d'un aide, qui refoule en arrière le tubercule antérieur du vagin jusqu'à la fin de l'expulsion.

L'expulsion du tronc est facile, une fois le fond de l'utérus ramené par un aide sur la ligne médiane.

Le fœtus (sexe masculin) est mort et légèrement macéré ; l'épiderme est enlevé au niveau des points où le forceps a été appliqué ; quelques débris de phlyctènes rompues pendant l'expulsion existent sur le thorax et l'abdomen ; on constate un chevauchement marqué des os du crâne. Poids : 2,280 gr.

La femme est laissée un moment en repos. On lui administre une infusion de thé au rhum. Au bout de dix minutes environ, M. Dumas tente d'extraire le placenta par la méthode de Crédé. Une compression soutenue et méthodique du globe utérin ne peut en venir à bout. Une nouvelle tentative, renouvelée quelques minutes après, étant restée infructueuse, M. Dumas introduit la main dans l'utérus, constate que le placenta est inséré sur son bord droit, que son extrémité inférieure est voisine de l'orifice du col, et que le gâteau est encore complètement adhérent à la paroi. L'organe est décollé avec prudence et lenteur, puis retiré par traction directe.

L'introduction de la main dans la cavité utérine permet de se rendre compte de l'état de l'utérus, et de la façon dont le corps utérin se comporte vis-à-vis du carcinome du col. Le corps de l'utérus paraît indemne, et on ne constate sur ses parois ni indurations ni inégalités cancéreuses.

L'opération est terminée à 8 heures 45 du matin.

Après l'extraction du placenta, la patiente est prise d'une lipothymie, qui cède promptement à l'emploi de l'éther et de l'eau froide. Au bout d'un quart d'heure, une injection antiseptique (sublimé tiède à 1|2000) est soigneusement pratiquée; puis, la désinfection de l'utérus et du vagin accomplie, la malade est transportée dans une chambre isolée (Sainte-Anne, n° 4).

A ce moment le pouls est petit, fréquent ; il existe une tendance à la syncope. Potion par cuillerées d'heure en heure avec acétate d'ammoniaque 2 gr., extrait de quinquina 2 gr., teinture de cannelle XXX gouttes, rhum 30 gr., julep 120 gr.

A midi, on pratique une injection intra-utérine au sublimé. L'état général est mauvais ; la femme est anéantie ; subdélirium.

A trois heures, nouvelle injection. L'introduction de la sonde intra-utérine à double courant de Budin est difficile, car au niveau du col on trouve des surfaces déchiquetées et inégales qui dissimulent l'orifice du col.

A 4 heures, l'agitation de la malade est intense ; elle veut sauter du lit. Le pouls est petit, à 128 ; la température est élevée au toucher. L'intelligence est peu nette, la compréhension difficile ; le ventre est ballonné.

La potion stimulante est suspendue et remplacée par la potion suivante: extrait gommeux d'opium 0 gr. 05, bromure de sodium 2 gr.; élixir de Garus 30 gr., extrait de quinquina 4 gr., julep 120 gr., onguent mercuriel belladoné et cataplasme sur l'abdomen.

A 5 heures, température 40°.

Nouvelles injections à 7 et 10 heures du soir.

L'odeur du liquide qui sert au lavage est insupportable ; elle imprègne profondément le doigt que l'on est obligé d'introduire dans le vagin pour conduire la sonde dans l'utérus. Le ventre se ballonne de plus en plus.

La nuit est agitée ; la malade éprouve des nausées à diverses reprises ; elle vomit une fois.

Le lendemain, une injection est pratiquée à 6 heures du matin ; la femme est allée du corps sans s'en apercevoir.

A 9 heures du matin, l'agitation a beaucoup diminué, mais l'état général est plus mauvais : facies abdominal, subdélire, contractions grimaçantes de la face, soubresauts de tendons ; la voix est

brève et cassée, la parole difficile et accompagnée d'un tremblement des lèvres de mauvais augure. Pouls 108, température 39°9 ; la malade prétend se sentir très bien. Le ventre est très ballonné ; il existe du tympanisme ; pas de douleur spontanée, douleur très tolérable à la pression. En résumé, le système nerveux ne réagit presque plus.

On pratique une irrigation continue avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, à la température de 45° ; la malade est pour cela transportée sur un lit disposé à cet effet. Bouillon, glace, limonade vineuse, onguent mercuriel sur l'abdomen.

A 11 heures et demie, pendant l'irrigation, il s'écoule une certaine quantité de sang, qui se coagule sous forme d'énormes caillots dans le récipient placé sous le lit. L'hémorrhagie s'arrête d'elle-même brusquement au bout d'un instant.

L'après-midi, à 3 heures, l'état est très grave et les caractères d'une péritonite foudroyante s'accentuent. Le ventre est très ballonné, distendu par des gaz, peu douloureux ; la malade a eu plusieurs vomissements. La respiration est haletante ; le pouls est très petit, dépressible et très fréquent. La température périphérique a considérablement baissé : les membres supérieurs et inférieurs sont froids ; la température axillaire paraît normale, le ventre seul est chaud ; en un mot, il existe un état de collapsus des plus nets.

Le facies est franchement abdominal : nez effilé, yeux cernés, visage grippé, etc. La malade continue à se sentir très bien ; la parole est de plus en plus difficile et entrecoupée. L'odeur infecte qui s'exhalait des organes génitaux a persisté malgré l'irrigation.

On continue l'irrigation et la glace ; on applique des bottes sinapisées, on administre une potion fortement stimulante : liqueur d'Hofffmann 2 gr., teinture de cannelle et teinture d'ambre gris ââ 1 gr., extrait de quinquina 4 gr., élixir de Garus 40 gr., eau 110 gr.

La malade meurt dans la soirée.

L'autopsie n'a pu être faite.

Examen microscopique des débris de la tumeur (pratiqué par M. Rauzier, interne des hôpitaux, contrôlé par M. le professeur Kiener). — L'examen porte sur des fragments ayant séjourné plusieurs mois dans l'alcool.

La structure de la tumeur est celle d'un *épithélioma pavimenteux lobulé*.

Sur des coupes comprenant la muqueuse et appartenant à des fragments qui siégeaient au niveau du museau de tanche, on trouve, après coloration au picro-carmin et lavage à la glycérine, l'épithélium de la muqueuse simplement épaissi, sans solution de continuité.

A l'intérieur de la coupe, on constate en divers points des îlots nombreux, de forme irrégulière, qui sont les lobules épithéliaux. De ces lobules, certains sont séparés des autres par des intervalles de tissu relativement sain ; d'autres sont juxtaposés dans une enveloppe commune. Ils sont constitués par des amas de cellules pavimenteuses, inégales et irrégulières, généralement volumineuses, aplaties et affectant surtout la forme circulaire ou polygonale.

Les cellules présentent, au point de vue de leurs transformations, des degrés divers :

Dans un certain nombre de lobules, les cellules, dont les contours sont nettement colorés, renferment un protoplasma granuleux, prennent quelque peu le carmin et présentent à leur centre un ou deux noyaux rouges, volumineux, avec des nucléoles géants.

Dans d'autres, où le processus de kératinisation est plus avancé, où la transformation épidermique est plus marquée, le contenu de la cellule n'est plus granuleux et coloré, il est homogène et translucide ; en même temps que le protoplasma a fait place à la substance cornée, le noyau s'est atrophié et le nucléole a disparu.

On n'observe dans aucune des préparations ces oignons épithéliaux, ces amas stratifiés et nettement limités de cellules pavimenteuses que les auteurs représentent imbriqués et disposés autour d'un axe central, comme les lamelles osseuses autour des canaux de Havers. Les îlots d'épithélium sont irréguliers et se confondent par transition insensible avec les tissus avoisinants.

On retrouve peu de vestiges de la substance contractile du col de l'utérus ; on constate, par points, des traînées conjonctives et des faisceaux de fibres musculaires lisses coupées sans des incidences variables.

La tumeur est riche en vaisseaux sanguins ; ceux-ci sont nombreux ; beaucoup sont volumineux ; certains sont rompus, et le sang qu'ils contenaient se trouve infiltré dans les parties voisines. Mais il est à remarquer que la multiplication vasculaire et la télangiectasie ne se trouvent pas également réparties dans toutes les parties de la tumeur : à côté de portions à vascularisation normale, il s'en trouve d'autres dont la richesse circulatoire est notablement accrue.

Cette observation est intéressante à de nombreux points de vue ; nous allons essayer d'en faire ressortir les principaux.

I. — Et d'abord, le cancer a suivi pendant la grossesse une *marche des plus rapides* chez notre malade. Il est difficile de fixer d'une façon certaine le début de l'affection. Dix ans avant la grossesse actuelle, la femme avait présenté, au moment de ses règles, une abondante hémorrhagie ; cette perte, survenue à l'âge de 32 ans, n'a pas été suivi de récidive, pas plus que des autres symptômes de l'affection cancéreuse. Pendant dix ans, à part l'accomplissement des phénomènes physiologiques, le calme a régné dans la zone génitale, et, si nous devons voir dans cette métrorrhagie ancienne le point de départ du néoplasme, la latence de la tumeur pendant cet énorme laps de temps mérite en tout cas d'attirer l'attention.

Pendant la grossesse, au contraire, les phénomènes morbides éclatent et se succèdent avec une plus grande intensité ; pendant toute la durée de la gestation, la femme souffre de l'abdomen ; à deux reprises, au quatrième mois, elle est prise d'hémorrhagies ; les douleurs pendant la miction sont habituelles ; enfin, elle revêt peu à peu et présente, à l'époque du terme, cette apparence cachectique, ce teint jaune paille qui est comme la signature de la diathèse cancéreuse, quel que soit le siège du néoplasme. Lorsqu'on l'examine, on constate un envahissement énorme ; le col tout entier est transformé en un cylindre rigide et volumineux.

Une seule note manque au tableau symptomatique : c'est l'existence habituelle d'un écoulement fétide. Celle-ci n'est pas signalée dans l'observation, et, de fait, lors de l'examen de la malade au moment de l'accouchement, rien de pareil n'a été constaté. C'est que la surface de la tumeur était intacte, il n'existait pas de solution de continuité ; l'ulcération cancéreuse, cause des écoulements sanieux, manquait totalement.

Au contraire, quand le col, infiltré de cancer, a éclaté pendant l'expulsion, l'odeur fétide si caractéristique s'est immédiatement manifestée.

Quel que soit le point de départ de l'affection, qu'elle ait pris naissance pendant la grossesse ou dix ans auparavant, la gestation a exercé sur elle une influence indéniable.

Cette rapidité d'évolution du cancer pendant la grossesse a été signalée par presque tous les auteurs. De rares écrivains, comme Siebold (1), croient à une régression et même à une disparition possible du cancer pendant la puerpéralité ; c'est qu'ils se faisaient, à cette époque, nous l'avons vu, une idée fausse de l'affection, et confondaient le cancer avec d'autres états pathologiques. Aujourd'hui l'opinion inverse est généralement admise ; le cancer, quelquefois latent et à marche torpide depuis de longues années, suit pendant la gestation une marche aiguë, et ses manifestations symptomatiques se succèdent avec une intensité telle que la cachexie peut survenir en quelques mois. Un cas observé par Simpson (2) fera bien ressortir cette rapidité d'évolution : une femme dont il rapporte l'observation présenta un envahissement total du bassin par des produits néoplasiques, trois ou quatre mois après le début de l'affection. Tout au plus peut-on admettre que, dans quelques cas exceptionnellement heureux, le cancer a pu rester stationnaire pendant la grossesse ou se borner à suivre sa marche normale sans précipiter son évolution.

La raison d'être de ce développement rapide est facile à saisir : pendant la grossesse, l'utérus s'accroît dans de notables proportions, et sa nutrition se trouve de ce fait très exagérée ; si donc, de par une prédisposition antérieure, la femme est

(1) Siebold. Uber der Gebarmutterkrebs, Berlin, 1824.

(2) Simpson. Carcinoma vaginæ in a pregnant female (Tr. Edimburg obstetrical societz, 1879, V, p. 2.)

apte à réaliser un cancer, l'utérus deviendra l'aboutissant de cette fâcheuse prédisposition. C'est une loi bien établie dans l'étiologie générale des tumeurs que, lorsque le fonctionnement d'un organe se trouve exagéré, cet organe devient la partie faible, il est plus apte à réaliser des états pathologiques. Après bien d'autres M. Harrisson Cripps (1), chirurgien du Bartholomew's, hospital de Londres, attirait récemment l'attention sur ce point : « That the rapidity of malignant growth depends much of the activity and consequent blood-supply of the organ affected admits of no doubt, and as an exemple may be instanced the relative rapidity with wich cancer grows in the breast of a pregnant or suckling women. » Le rôle de l'irritation dans la genèse du cancer en général est aujourd'hui un fait acquis ; nous citerons comme exemple le cancer des fumeurs, le cancer des ramoneurs ; enfin, dans le même ordre d'idées, M. Verneuil a bien fait ressortir l'influence du traumatisme sur le développement des néoplasmes.

Un point intéressant à élucider, et sur lequel nous n'émettrons qu'une hypothèse, est le suivant : puisque le cancer se développe dans les organes qui sont le siège d'une hypernutrition, c'est évidemment dans les points où la nutrition sera la plus active qu'il aura de la tendance à se produire. Or, dans l'utérus gravide, c'est au niveau de l'insertion placentaire que se trouve le maximum de l'activité circulatoire ; c'est donc au voisinage de ce point que la tumeur maligne aura plus de chance d'évoluer. Le col étant, dans l'utérus, la partie la plus disposée à réaliser du cancer, ne pourrait-on pas admettre que celui-ci se développera plus facilement sur un col gravide quand le placenta se trouvera inséré au voisinage du conduit cervical ?

(1) Harrisson Cripps. Colotomy for malignant disease of the rectum, etc. The Lancet, ap. 23, 1887.

Cette hypothèse, qui paraît rationnelle, s'est trouvée vérifiée dans notre observation : M. Dumas, introduisant la main dans l'utérus pour détacher le placenta, a constaté l'insertion du délivre près de l'orifice interne. On pourrait expliquer de la sorte pourquoi, dans des cas nombreux, malgré une forte prédisposition qui se manifestera plus tard sur un autre organe, l'utérus reste silencieux en face d'une ou plusieurs grossesses dans lesquelles le placenta aura pris insertion au niveau du fond de la cavité utérine. Il est regrettable qu'on ne puisse trouver sur ce point, dans les auteurs, les éléments d'une statistique. On trouve cependant dans Chiari (1) la relation de trois faits dans lesquels les premiers symptômes du cancer apparurent aussitôt après l'accouchement, et où le néoplasme siégeait au niveau de l'insertion placentaire.

II. — La femme qui fait le sujet de notre observation avait déjà accouché quatre fois. L'influence de la *multiparité* sur le développement du cancer utérin est aujourd'hui généralement admise. « L'utérus qui a subi le plus souvent les changements de l'état puerpéral paraît le plus disposé à être atteint de cancer (2). » Nous nous bornons à citer la statistique de West (3), qui, sur 165 cas de cancer utérin, en a observé 13 chez des femmes stériles, 2 chez des femmes non mariées et 150 chez des femmes ayant accouché ; et celle de Lever (4), qui, analysant 113 cas, note 10 fois la stérilité et 103 fois des accouchements antérieurs.

III. — Le cancer, dans notre observation, paraît *limité exclusivement au col de l'utérus* ; ainsi qu'il résulte de

(1) Chiari. Wiener Medicinische Jahrbucher, 1877, p. 3.

(2) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 3e édit., 1881. p. 1167.

(3) West. Lectures on diseases of women. London, 1879, 4e édit.

(4) Lever. Archives gén. de médecine, t. VII, 3e série.

l'exploration manuelle accomplie par M. Dumas à l'intérieur de la cavité utérine, le corps de l'utérus paraissait indemme, ou du moins ne présentait ni la rigidité ni les saillies constatées dans la cavité cervicale.

Le corps de l'utérus participe rarement à la néoplasie cancéreuse ; à plus forte raison le cancer primitif du col est-il rare. C'est là un fait heureux, si la théorie que nous émettions il y a un instant est exacte ; car, si la prédisposition était égale pour le corps et pour le col, étant donné que dans la majorité des cas le placenta s'insère au fond de l'utérus, et que d'un autre côté la destinée habituelle de la femme est de concevoir, le carcinome utérin occuperait dans la statistique du cancer en général une place telle que toutes les autres localisations de la diathèse cancéreuse chez la femme seraient réduitss à des proportions presque négligeables.

Cependant la résistance opposée par le corps de l'utérus au développement du cancer n'a rien d'absolu. Simpson (1) a présenté à la Société médico-chirurgicale d'Edmibourg deux pièces de cancer intéressant seulement le corps de l'utérus ; Lebert (2) a observé deux cas où le corps utérin a été atteint primitivement. Dans les trois faits de Chiari (3) que nous avons signalés, il s'agissait de cancers primitifs du fond et du corps de l'utérus ayant pris naissance au niveau de l'insertion placentaire. Neyronis (4) rapporte un cas où, à l'autopsie, le corps de l'utérus fut trouvé carcinomateux, alors que que le col était complètement sain. Montgoméry (5), enfin, tirant de quelques

(1) Simpson. Association medical journal, Gaz. hebd. de Paris, 1854.
(2) Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses, Paris, 1851, p. 219.
(3) Chiari. Loc. cit.
(4) Neyronis. Dict. encycl. des sc. méd., t. IV, p. 237.
(5) Montgoméry. Dublin hospital Records, in Burns, Traité des accouchements, des maladies des femmes et des enfants, traduit de l'anglais par le Dr Galliot, Paris, 1859, p. 72.

exemples exceptionnels des conclusions contraires à celles admises par la majorité des auteurs, pense que le squirrhe débute beaucoup plus rarement qu'on ne le suppose par le col et qu'il tire généralement son origine du col de l'utérus.

Schræder (1) et Galabin (2) établissent une statistique des faits connus de cancer du corps, concluent que celui-ci présente une fréquence relativement plus grande chez les nullipares que chez les multipares.

IV. — La tumeur, même au moment de l'accouchement, *ne présentait aucune ulcération*, autant du moins qu'on pouvait s'en rendre compte par l'examen au spéculum ; peut-être existait-il quelque solution de continuité intra-cervicale ; mais la chose est peu probable, étant donné l'absence d'écoulement sanieux. C'est là un fait exceptionnel, et il est rare de voir une tumeur parvenir à cette période de son évolution revêtue d'une muqueuse intacte. « Presque toujours, dit M. Bar (3), la tumeur cancéreuse s'ulcère profondément ; dans presque toutes les observations où l'état du col est bien décrit, nous voyons les auteurs insister sur l'état fongueux de ces ulcérations, dont le fond est particulièrement friable ; elles saignent au moindre contact. Quand plusieurs examens ont été pratiqués sur la même femme, presque toujours on a noté leur rapide extension. »

V. — Nous devons insister aussi sur la *consistance particulièrement dure* de la tumeur ; cette consistance est en effet qualifiée de la façon suivante dans la cours de l'observation : col très dur, cylindre rigide, orifice induré.

(1) Schræder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, Leipzig, 1874, p. 280.

(2) Galabin. British medical journal, t. II, p. 49.

(3) Bar. Loc. cit., p. 37.

Habituellement, au contraire, les tumeurs cancéreuses se ramollissent dans le cours de la grossesse. « La consistance du tissu cancéreux se modifie ; les masses dégénérées deviennent plus molles, plus friables, et ce ramollissement est tellement net dans la plupart des cas, que d'après certains auteurs, son apparition serait un excellent signe permettant de ne pas confondre le cancer avec d'autres lésions bénignes du col (1). »

Telles sont les principales particularités que nous retrouvons dans l'observation de la malade, et qui ont rapport à l'histoire de sa grossesse compliquée de cancer. Quant aux modifications qui ont été apportées à l'accouchement par la présence de la tumeur, nous les signalerons ultérieurement dans le cours de notre travail.

(1) Bar. Loc. cit., p. 37.

DIAGNOSTIC

DU CANCER DU COL PENDANT L'ACCOUCHEMENT

I. — Si le cancer est encore à la période de début, si la tumeur est peu développée, le diagnostic peut être difficile ; mais l'erreur, si on la commet, n'aura pas de portée pratique et ne portera aucun préjudice à la malade, car nous verrons plus loin que, dans les cas de cette nature, l'expectation est la ligne de conduite qui s'impose à l'accoucheur.

Quoi qu'il en soit, dans l'intérêt de l'observation scientifique, on devra conclure à diagnostiquer la nature de la tumeur qui siège sur le col utérin. On se basera surtout sur les commémoratifs. Les symptômes fonctionnels éprouvés par la femme : la douleur, les hémorrhagies, les pertes blanches, surtout les pertes fétides, acquerront une grande importance. La valeur isolée de ces phénomènes est loin d'être pathognomonique ; leur association est beaucoup plus caractéristique, surtout si, à ces signes rétrospectifs, se joint la constatation chez la malade de cette coloration particulière, de ce teint jaune paille qui se manifeste souvent à une période peu avancée, et que Barnes attribue à une auto-infection spéciale, à la coprémie.

Quant aux caractères de la tumeur elle-même, ils n'ont au début rien de bien spécifique. Spiegelberg signale la dureté

du néoplasme et l'absence de glissement de la muqueuse du col sur la tumeur ; mais ces caractères se retrouvent dans d'autres états pathologiques du col de l'utérus : ou a vu des tumeurs bénignes adhérer à la muqueuse et présenter une dureté considérable, et d'un autre côté, des tumeurs franchement malignes présenter, à certaines périodes de leur évolution, et en particulier dans les cas de grossesse, une diminution de consistance notable.

II. — Lorsqu'on a affaire à un cancer volumineux, la nature de la tumeur s'affirme facilement, car aux signes fonctionnels que nous avons indiqués viennent s'ajouter des caractères spéciaux tirés de l'aspect de la tumeur; celle-ci, tantôt bourgeonnante, tantôt ulcérée, présente des bosselures et des inégalités de consistance qui permettent de diagnostiquer d'emblée l'affection à laquelle on a affaire. Ces inégalités de consistance, qui se produisent surtout pendant le travail et se manifestent sous forme de noyaux durs et presque cartilagineux logés à l'intérieur de portions ramollies, caractérisent le cancer et le distinguent du *fibromyôme*. Celui-ci, rare sur le col, mais présentant, lorsqu'il existe, des hémorrhagies et un développement rapide pendant la grossesse, comme le cancer, se ramollit en totalité au moment du travail et présente généralement un aspect plus lisse et plus uni que le carcinome. Cazeaux (1) rapporte une observation dans laquelle un volumineux myôme avait subi un ramollissement tel que la tumeur était nettement fluctuante ; elle fut d'ailleurs ponctionnée sans résultat. A l'autopsie, on trouva la tumeur formée par un tissu mollasse et comme raréfié, une véritable éponge, ressemblant au tissu placentaire, et dont les mailles renfer-

(1) Cazeaux. Traité de l'art des accouchements, annoté par Tarnier, 10e édit., 1883, p. 730.

maient de nombreuses cavités dans lesquelles il n'existait aucun liquide ; l'examen histologique démontra qu'il n'existait dans la tumeur aucun élément cancéreux.

Le diagnostic différentiel du cancer et du fibromyôme étant établi, il est encore une série d'erreurs contre lesquelles il est bon d'être prévenu. Les végétations cancéreuses présentent les formes les plus variables, et il peut arriver qu'à un examen un peu superficiel, la tumeur donne au toucher de fausses sensations. C'est ainsi que, dans plusieurs observations classiques, des végétations ramifiées ont pu être prises pour des parties fœtales. Dans le cas que nous relatons, on constatait dans le cul-de-sac droit une série composée de cinq petites tumeurs de volume décroissant, qui ressemblaient à s'y méprendre à une rangée d'orteils.

Dans l'observation dAmand (1), deux tumeurs végétantes en imposèrent pour les fesses du fœtus. Dans d'autres cas, c'est avec la tête fœtale que la confusion a eu lieu : « Pour les tumeurs fibreuses ou autres, elles s'aplatissent assez pour permettre l'accouchement ; d'autres fois, elles le rendent impossible par la voie ordinaire. Ces tumeurs pourraient être prises par un observateur inattentif pour la tête d'un enfant jumeau, et ce n'est quelquefois qu'avec beaucoup de peine qu'on les en distingue (2). » Mauriceau (3), relate une erreur semblable : la tumeur cancéreuse fut prise pour un second enfant. On a pu aussi confondre la tumeur cancéreuse avec un placenta prævia ; M^me^ Lachapelle (4) en rapporte une observation. Enfin, M. Bar (5) signale la confusion possible

(1) Amand, in Simon. Recherches sur l'opération césarienne, in Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. II, 1769.

(2) Lachapelle. Loc. cit.

(3) Mauriceau. Loc. cit.

(4) Lachapelle. Loc. cit., obs. XVIII, p. 368.

(5) Bar. Loc. cit., p. 110.

d'une tumeur carcinomateuse avec une cicatrice épaisse résultant d'un accouchement antérieur : « Quand l'obstacle à l'accouchement est dû à des cicatrices, un examen attentif des malades, la connaissance d'accouchements antérieurs pénibles et ayant nécessité des opérations laborieuses, la présence de cicatrices plus ou moins longues sur la paroi vaginale, la dureté excessive du tissu cicatriciel, l'absence d'ulcérations fongueuses seront autant d'éléments qui permettront de faire le diagnostic. »

MARCHE, TERMINAISONS ET PRONOSTIC

DE L'ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ DE CANCER DU COL

La gestation, dans le cas de grossesse compliqué de cancer, est loin de se poursuivre toujours jusqu'au terme ; la grossesse peut être interrompue à diverses périodes par une délivrance prématurée. Dans certains cas, c'est un avortement qui se produit, et alors l'expulsion est généralement facile ; pourtant, dans quelques observations (Sommer, Pucher, Playfair), la dilatation du col fut longue et pénible, malgré le petit volume du fœtus. D'autres fois, c'est l'accouchement prématuré qui survient, autrement dit l'expulsion du fœtus à une période plus avancée de la grossesse. Dans ce cas, la terminaison est quelquefois heureuse, le fœtus étant moins volumineux qu'au moment du terme; souvent on constate des déchirures du col ou du corps de l'utérus, et toute la série des accidents qui viennent compliquer l'accouchement à terme, sur lequel nous allons maintenant nous étendre.

Quelle est la proportion des accouchements à terme dans le cas de cancer du col? La statistique de Cohnstein est la suivante : sur 100 cas, la grossesse arrive à terme 68 fois ; elle se termine 15 fois par un accouchement prématuré, 15 fois par un avortement ; enfin, dans 2 cas, l'accouchement est retardé.

La statistique de M. Bar (1), portant sur 151 faits, se rapproche de celle de Cohnstein : 98 fois l'expulsion du fœtus se fit à 9 mois ; 3 fois à 8 mois 1/2 ; 19 fois à 8 mois ; 2 fois à 7 mois 1/2 ; 11 fois à 7 mois ; 3 fois à 6 mois 1/2 ; 7 fois à 6 mois ; 1 fois à 5 mois 1/2 ; 2 fois à 5 mois ; 1 fois à 4 mois 1/2 ; 2 fois à 4 mois ; 2 fois à 3 mois.

Le terme une fois arrivé, le travail se déclare, et on peut observer l'une des quatre solutions suivantes :

1° L'accouchement est spontané et de durée régulière ;

2° L'accouchement spontané est précédé d'une période de dilatation plus longue que normalement, mais il ne s'accompagne pas de déchirures ou d'autres complications ;

3° L'accouchement se fait spontanément et s'accompagne de déchirures ou d'autres complications ;

4° L'accouchement ne peut se faire spontanément.

Chacune de ces terminaisons, que nous allons étudier séparément, est la résultante d'une série de conditions anatomiques ou dynamiques dont les principales sont : l'étendue du néoplasme, la friabilité plus ou moins grande de la tumeur, l'état des forces de la mère, etc.

I. Accouchement spontané et de durée régulière.— Pareille solution est fréquente au début de l'affection cancéreuse, alors que le néoplasme est peu étendu et qu'il n'existe encore qu'un petit noyau carcinomateux dans l'épaisseur du col. Hodges (2) rapporte qu'une femme dont la lèvre antérieure était épaissie et hypertrophiée par un cancer, accoucha spontanément, après quelques heures de travail, d'un gros enfant vivant. Elle guérit et mourut quatre mois plus tard ; elle put nourrir son enfant pendant trois mois. M. Chalot (3) a publié

(1) Bar. Loc. cit., p. 46.

(2) Hodges. Principles and practice of obstetrics, 1864, p. 519.

(3) Chalot. Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, 1881, p. 364.

le fait d'une femme qui présentait deux noyaux cancéreux sur le col, et qui accoucha spontanément, après un travail de treize heures.

Pour Cohnstein (1), cette heureuse terminaison est surtout fréquente lorsqu'un cancer peu étendu siège exclusivement sur la lèvre postérieure du col ; pour Champneys (2), au contraire, c'est quand les parties latérales du col sont seules envahies. La durée de l'expulsion spontanée peut encore être normale dans des conditions opposées, c'est-à-dire lorsque le cancer, arrivé à une période avancée, a détruit par ulcération une grande partie du col. Mais dans ce cas, les complications sont fréquentes, et il est rare de voir le travail se terminer sans accident. En voici pourtant un exemple : Bayle et Cayol (3) citent le cas d'une femme dont le col de l'utérus était complètement détruit et remplacé par un large ulcère à surface inégale, anfractueuse, dans lequel on ne distinguait même pas l'orifice utérin ; cette femme, prise à 7 heures du matin de douleurs vives dans les reins et le ventre, accoucha, à 2 heures de l'après-midi, d'un enfant mort à terme. Après l'accouchement, les pertes ichoreuses continuèrent, la malade s'affaiblit progressivement et mourut cinq mois après. Delbech (4) a observé un fait analogue.

II. — ACCOUCHEMENT SPONTANÉ, AVEC DILATATION LONGUE, SANS DÉCHIRURES NI AUTRES COMPLICATIONS. — Pour que ce résultat se produise, il faut, de toute nécessité, que le col ne soit pas envahi dans sa totalité et que le cancer ne soit pas friable. Les portions saines du conduit cervical compenseront par leur dilatation propre la rigidité des portions

(1) Cohnstein. Loc. cit., p. 376.
(2) Champneys. Obstetr. transact., 1883.
(3) Bayle et Cayol. Dictionnaire des sciences médicales, t. III, p. 152.
(4) Delbech, in Hermann. Loc. cit., obs. XXXV.

infiltrées, et subiront, sous l'influence de la pression de la partie fœtale et des contractions utérines, une distension beaucoup plus considérable, et par conséquent une dilatation de durée plus longue que normalement. Si le cancer était mou et friable, l'effort exercé par la partie fœtale provoquerait plutôt la rupture des tissus infiltrés que la dilatation des parties saines, et le cas rentrerait dans notre troisième espèce.

Moins rare que l'accouchement tout à fait normal dans le cas de grossesse compliquée de cancer, l'accouchement spontané dépourvu de complications et de durée simplement prolongée est encore une exception. On en trouve cependant de nombreux exemples dans les auteurs; Spiegelberg (1) a vu un cancroïde au début ne faire aucun progrès du troisième mois au terme, et l'accouchement se faire spontanément après une dilatation très longue. Cazeaux (2) a observé une femme chez laquelle la paroi postérieure du vagin était occupée dans toute sa hauteur par une tumeur allongée, recourbée en serpentin, et qui, naissant de la lèvre postérieure du col, s'étendait jusqu'à un travers de doigt de la vulve ; la lèvre postérieure avait au moins deux centimètres d'épaisseur dans toute son étendue transversale, qui était aussi plus considérable qu'à l'ordinaire; la tumeur était inégale et bosselée. La dilatation fut très lente, mais elle finit par s'opérer complètement aux dépens de la lèvre antérieure. La tumeur, dont le volume paraissait offrir un obstacle insurmontable au passage de la tête, rendit seulement le travail plus lent.

Les causes du retard apporté à l'expulsion du fœtus sont de deux ordres : tantôt ce retard est dû à la disparition partielle de la substance contractile du col; d'autres fois, on peut l'attribuer à une inertie utérine, sous la dépendance elle-même

(1) Spiegelberg. Lehrbruh der Geburtshulfe, s. 395, obs. 113.
(2) Cazeaux. Loc. cit., p. 734.

de l'affaiblissement général de la femme, épuisée par la cachexie cancéreuse. Dans un cas cité par Valenta (1), les douleurs, d'abord régulières, s'arrêtèrent tout à coup, alors que les membranes étaient rompues et que l'orifice du col avait seulement les dimensions d'une pièce de cinq francs, et, malgré les manœuvres diverses mises en usage, les contractions ne réapparurent pas ; devant les phénomènes d'infection présentés par la mère, Valenta dut terminer l'accouchement en faisant des incisions multiples du col et pratiquant l'extraction forcée du fœtus.

La durée du travail, quand l'accouchement se termine spontanément et sans complications, est très variable. Dans le fait rapporté par Arneth (2), où une masse de consistance cartilagineuse siégeait sur le côté droit de la lèvre postérieure du col, le travail, qui se déclara à terme, dura environ quinze heures ; l'accouchement fut naturel, l'enfant naquit vivant ; la mère se rétablit, mais le cancer augmenta de volume pendant les suites des couches. Hachmann (3) cite un cas où l'accouchement se termina naturellement au bout de seize heures ; la femme mourut quatre mois plus tard. Dans une observation de Lever (4), le travail dura vingt-quatre heures.

III. — ACCOUCHEMENT SPONTANÉ, AVEC DÉCHIRURES OU AUTRES COMPLICATIONS. — Dans les cas de cette nature, la dilatation est d'abord lente ; elle dure de quelques heures à plusieurs jours ; puis, tout à coup, sous l'influence de contractions plus énergiques, d'un effort violent ou sans causes

(1) Valenta. Lur Behandlung der Krebs der Gebarmutter. Arch. f. Gynæk, t. X. p. 405.

(2) Arneth. Geburtshulf. Praxis, 1851, p. 65.

(3) Hachmann. Siebold's J., B. D. XV, p. 626.

(4) Lever. Statistical notice of hundred and twenty cases of carcinoma uteri. Medical surg. transact., 1839, 2e série, t. IV.

appréciables, le travail se termine brusquement ; une déchirure d'étendue variable a permis l'expulsion rapide du fœtus.

La *déchirure du col de l'utérus*, qui est la complication la plus fréquente, peut siéger en divers points suivant l'état de la tumeur. La plupart du temps, elle porte sur les tissus malades ; la masse cancéreuse est comprimée par la partie fœtale qui s'engage, elle se ramollit mécaniquement et, à un moment donné, éclate sous la pression.

« Le ramollissement, dit Cazeaux (1), l'ulcération de ces tumeurs cancéreuses peuvent rendre plus minces et plus faibles les points qu'elles occupent ; mais le plus souvent, au contraire, elles augmentent l'épaisseur et même la consistance du tissu utérin, et n'en sont pas moins encore des causes prédisposantes aux ruptures, au moins pendant le travail de l'accouchement ; ces points en effet ne se contractent pas, tandis que les autres sont en contraction ; la résistance qu'oppose la partie altérée est toute passive ; quelle que soit sont intensité, elle ne peut lutter contre les contractions de tout le reste de l'utérus, dont l'action, aidée de celle des parois abdominales, pèse, pour ainsi dire, de toute sa force sur la partie qui ne peut participer à cette action générale ; et, si on suppose qu'un obstacle quelconque s'oppose à l'engagement facile du fœtus, l'effort utérin, impuissant à vaincre la résistance que rencontre le fœtus à franchir le détroit supérieur, se fait sentir sur le point qui ne se contracte pas, et celui-ci cède et se rompt. »

D'autres fois, la déchirure porte sur les parties saines du col, amincies et distendues à l'excès ; il faut pour cela que le tissu cancéreux soit rigide et n'ait encore subi aucun ramollissement, autrement dit que la résistance des portions cancéreuses dépasse la limite de l'élasticité des parties saines.

Le pronostic de ces déchirures est grave, mais non fatal.

(1) Cazeaux. Loc. cit.

Mme Lachapelle (1) rapporte quelques cas dans lesquels elles n'ont pas été suivies de complications ; mais, la plupart du temps, des accidents de divers ordres leur font suite. Souvent, les déchirures s'étendent jusqu'au péritoine et déterminent une péritonite dont la malignité est en raison directe de la septicité des produits déversés dans la séreuse ; la marche de l'inflammation péritonéale est habituellement suraiguë. Les solutions de continuité peuvent aussi se propager aux organes voisins et établir des communications anormales entre l'utérus, la vessie et le rectum ; il en résulte des fistules presque toujours incurables qui viennent encore assombrir, par les infirmités dégoûtantes qu'elles occasionnent, les derniers jours de la malade ; Adham, Forget, Michel, en ont rapporté de nombreux exemples.

A côté des déchirures plus ou moins étendues qui ont leur point de départ au niveau du col, dans la masse cancéreuse ou les parties saines, nous devons signaler, bien qu'il ne s'agisse par là d'accouchement spontané, les ruptures du corps de *l'utérus* survenant quelquefois en un point éloigné de la lésion cervicale. Supposons une tumeur cancéreuse très dense et très étendue ; tout le col est envahi, ou du moins les portions qui restent indemnes, douées d'une certaine rigidité, ne peuvent réaliser une dilatation suffisante pour permettre l'issue du fœtus. Si, dans ces conditions, la paroi utérine est mince et peu résistante au niveau du fond, cette partie cédera à un moment donné, et le fœtus pourra être projeté dans la cavité abdominale, au niveau de la perforation. Ces ruptures qui portent sur le tissu sain, déterminent habituellement une péritonite foudroyante et quelquefois des hémorrhagies intenses formidables. Hecker (2) rapporte un cas intéressant. Cet auteur

(1) Lachapelle. Loc. cit., p. 368.
(2) Hecker, in Bar. Loc. cit., p. 71.

assistait une femme atteinte d'un cancer du col envahissant toute la lèvre postérieure du col, mais ayant laissé intacte la lèvre antérieure, quand, après trente-six heures d'un travail pénible, il vit apparaître sur la face antérieure de l'utérus une tumeur volumineuse. (L'autopsie démontra que cette tumeur était due à un hématome considérable, contenant deux livres de sang extravasé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.) Les douleurs se suspendirent et tout progrès dans la dilatation du col s'arrêta. La femme succomba quarante-huit heures environ après le début du travail. Le col présentait seulement une dilatation ayant les dimension d'une pièce de deux francs. Sitôt la mort survenue, Hecker fit la version et put, au prix de nombreux efforts, extraire un enfant qui était déjà mort depuis quelque temps. L'autopsie démontra l'existence, sur la paroi antérieure de l'utérus, d'une déchirure incomplète, s'ouvrant directement dans le foyer hématique qui soulevait le péritoine. Dans la majorité des cas, la rupture est complète.

Les ruptures utérines peuvent aussi s'accompagner de fistules diverses : « On a vu le col se rompre au-dessus du squirrhe, le rectum participer à la rupture et l'accouchement s'opérer par l'anus. La femme a guéri (1). »

On a constaté dans quelques cas *l'expulsion pendant le travail de tout ou partie de la tumeur*. Meigs (2) a observé un cas dans lequel une femme, atteinte d'un cancer de col ayant pris son origine sur la lèvre postérieure et envahi les deux cinquièmes du pourtour de l'orifice, accoucha au bout de douze heures, avec de fortes hémorrhagies, et expulsa avec l'enfant toute la tumeur cancéreuse, qui s'était complètement détachée. Lever (3) cite un autre cas d'expulsion totale.

(1) Arch. de méd., sept. 1823. In Mathieu, thèse de Paris, 1872, p. 30.
(2) Meigs. Obstetrics works, 4e éd.
(3) Lever. Organic diseases of the uterus.

Le mécanisme de ces amputations spontanées est facile à concevoir. Si la tumeur est dense et assez homogène, si d'un autre côté le tissu utérin est résistant, si enfin les contractions utérines sont soutenues, l'utérus pourra céder au point le moins résistant, qui, dans l'espèce, sera constitué par la ligne de réunion de la tumeur et des tissus sains ; d'où amputation totale de la tumeur. L'amputation spontanée partielle se produira dans le cas suivant : soit une tumeur volumineuse siégeant sur la lèvre antérieure et suffisamment friable; sous l'influence des contractions utérines, la partie fœtale qui se présente commencera par refouler la tumeur vers la vulve, puis comprimera le néoplasme contre le pubis, enfin le divisera par une compression énergique, grâce à sa friabilité.

IV. — Accouchement spontané impossible. — Dans bien des cas, par exemple, si la tumeur est dure, volumineuse, étendue, surtout si elle entoure le col à la façon d'un anneau, l'accouchement spontané par les voies naturelles sera impossible, et la femme succombera pendant le travail si l'accoucheur ne vient à son secours et ne pratique pour la délivrer une intervention efficace. Nous nous occuperons de ces cas au chapitre du traitement.

Quelle que soit la terminaison de l'accouchement, on voit souvent, dans le cours du travail, et surtout au début, survenir des *hémorrhagies* qui tiennent probablement à des déchirures profondément situées, produites au niveau des insertions de la tumeur sous l'influence des premières contractions utérines. Notre malade a présenté, la veille et l'avant-veille du jour où le travail s'est franchement établi, des métrorrhagies formidables qui l'avaient beaucoup affaiblie avant son entrée à l'hôpital. On trouve dans les auteurs plusieurs observations analogues : Michel rapporte un cas où, deux jours avant l'accouche-

ment, on observa une perte de sang très abondante (1) ; Mme Lachapelle (2) signale un fait dans lequel l'hémorrhagie se produisit à une période plus avancée du travail ; Chantreuil (3) vit, dans un cas, s'écouler pendant le travail de grandes quantités d'eau et de sang ; Oldham (4) observa, immédiatement avant le travail, une hémorrhagie si abondante que la femme mourut presque aussitôt ; Martel (5) a vu, dans le service de Depaul, la rupture de la poche des eaux être suivie d'un écoulement de sang abondant qui continua toute la journée ; Laubreis (6) cite le fait d'une femme atteinte de cancer du col, dont l'accouchement à terme fut précédé d'une hémorrhagie intense ; elle accoucha au bout de trois jours et mourut deux heures après la terminaison du travail.

Quant à la *délivrance*, elle n'offre généralement pas de difficultés ; le placenta passe facilement là où le fœtus a passé. L'expression utérine par la méthode de Crédé est ici tout particulièrement indiquée, et préviendra souvent une inertie de l'utérus, à laquelle la femme se trouve prédisposée par la longueur et les difficultés de l'accouchement.

Pronostic. — Qu'il s'agisse de la mère ou de l'enfant, le pronostic est sombre ; les statistiques publiées par divers auteurs en font foi. West (7), résumant les données fournies

(1) Michel. Gebarmutterkrebs wit regelmassigen Verlauf der Schwangerschaft und der geburtsacts. (Wurtemburg Corresp. Bl. n° 21.)

(2) Lachapelle. Loc. cit. p. 375.

(3) Chantreuil. Loc. cit.

(4) Oldham. Guy's Hospital report, 1851, p. 426.

(5) Martel. Arch. tocol., 1877, p. 745.

(6) Laubreis. Zwei Beobachtungen von Schwangerschaft und Geburt beim Schirrhus und Carcinom des Gebarmuttermundes und Halses. (Siebold's journal, t. VII, p. 398, 1828.)

(7) West. Loc. cit.

par plusieurs autres écrivains, a donné les tableaux suivants concernant l'état des femmes accouchées :

Noms des auteurs	Total des cas	Morts pendant ou peu de temps après le travail	Guérison des accidents du travail
Puchelt	31	18	13
Oldham	5	2	3
Cormack.....	1	»	1
Simpson.....	6	2	4
Arnott	2	»	2
Scanzoni.....	4	4	»
Dorrington...	1	1	»
Kiwisch	4	4	»
Menzies	20	10	10
Spiegelberg..	1	»	1
Total :	75	41	34

Relativement aux enfants, la statistique de West est encore beaucoup plus défavorable :

Noms des auteurs	Total des cas	Morts	Nés viables
Puchelt	30	19	11
Oldham	5	4	1
Cormack ...	1	»	1
Simpson....	6	2	4
Arnott.....	2	2 (jumeaux)	1
Scanzoni ...	4	4	»
Dorrington..	1	1	»
Kiwisch....	4	4	»
Menzies	18	11	7
Spiegelberg.	1	»	1
Total :	72	47	26

D'après Hermann, sur 114 enfants dont l'état de vie ou de mort a été noté, 58 sont nés vivants.

D'après Cohnstein, sur 116 enfants, 42 sont nés vivants, soit une proportion de 36,2 °/₀ ; sur le même nombre de femmes, 72 ont succombé, soit 57,1 °/₀ de décès ; sur ce nombre, 31 ont succombé pendant l'accouchement ou aussitôt après, 20 dans les vingt jours qui ont suivi le travail.

Les causes qui favorisent la mort du fœtus sont faciles à concevoir ; nous n'y insisterons pas. La tétanisation fréquente de l'utérus, la rupture prématurée de la poche des eaux bombant sur les aspérités cancéreuses, et surtout la lenteur du travail, avec la série des compressions qui en dépendent, amènent le plus habituellement l'issue fatale.

Quant à la mère, les causes de mort sont plus complexes. *Pendant le travail*, elle peut succomber sous les influences suivantes :

1° *L'épuisement.* Une femme arrivée à la période ultime de la cachexie peut ne pas trouver dans ses réserves organiques un capital suffisant pour supporter les fatigues de l'accouchement. Oldham (1) a publié un cas de cette nature.

2° *La péritonite.* Celle-ci peut présenter une marche foudroyante et enlever la malade avant la fin du travail, lorsqu'il s'est produit une déchirure des parois utérines et un épanchement des matières septiques à l'intérieur de la cavité péritonéale. Miller et Hesse en rapportent des exemples.

3° *L'hémorrhagie*, due à des déchirures ou à l'inertie utérine.

4° *La prolongation excessive du travail.* Tandis que, dans le premier ordre des causes que nous avons signalées, la terminaison fatale devait être attribuée à la cachexie cancéreuse, qui ne permettait pas à la femme de faire les frais d'un accouchement même normal ; il s'agit ici d'un épuisement lent et progressif, qui est uniquement sous la dépendance de la durée

(1) Oldham. Loc. cit.

exceptionnelle du travail. On trouve en effet dans les auteurs, et M. Bar les a réunis dans sa thèse, des chiffres curieux exprimant la durée du travail dans un certain nombre de faits : M. Tarnier a vu mourir une cancéreuse après cinq jours d'efforts continus ; Chantreuil donne la relation d'un cas où le travail dura neuf jours ; Lieven l'a vu persister quinze jours ; Schmidt, vingt-huit jours ; enfin, Menzies rapporte l'observation d'une femme qui resta huit mois en travail et mourut de péritonite subaiguë ; à l'autopsie, le fœtus était putréfié, les membranes et le liquide amniotique se trouvaient en partie résorbés.

Après le travail, l'issue funeste peut aussi être sous la dépendance d'une série de facteurs différents :

1° La *péritonite*. — C'est l'accident le plus fréquent et le plus à redouter ; elle est la conséquence, tantôt des déchirures qui ont pu se produire pendant le cours de l'accouchement spontanée, tantôt des ruptures fréquemment consécutives à une intervention opératoire. C'est à une complication de ce genre qu'a succombé la malade qui fait le sujet de notre observation.

Il peut même se produire des ruptures utérines, et consécutivement la péritonite, plusieurs jours après la délivrance. Ces ruptures, bien que tardives, sont occasionnées par les contractions utérines, suivant un mécanisme qui a été indiqué par Scanzoni (1) : « La pression produite par les contractions n'a pas été assez violente pour percer l'organe, mais elle a déterminé une inflammation. La partie se sphacèle, l'eschare est expulsée et la matrice se perfore. »

2° L'*hémorrhagie*. — L'accouchement une fois terminé, l'utérus peut rester inerte et ne pas venir former au-dessus de la symphyse cette masse dure qui est l'indice d'une rétraction

(1) Scanzoni. Lehrbuch dër Geburtsh, 1867, t. II

normale; l'hémorrhagie utérine consécutive peut aussi survenir sur ces entrefaites ; on en trouve des exemples dans tous les auteurs. Mais à côté de ces métrorrhagies qui suivent immédiatement la délivrance, il peut s'en produire de tardives, qui surviennent par exemple au dixième ou quinzième jour. Cormack (1) rapporte qu'une femme atteinte de cancer du col eut des suites de couches régulières jusqu'au quatorzième jour ; à ce moment, elle éprouva une hémorrhagie alarmante et de vives douleurs dans la région hypogastrique. De tels accidents sont évidemment produits, comme les ruptures précédemment signalées, par la chute d'eschares.

3° La *septicémie*. — Au moment de l'accouchement la tumeur cervicale subit une contusion telle que le centre du néoplasme peut être réduit en bouillie putrilagineuse ; en même temps, des bouches lymphatiques s'ouvrent dans le voisinage et absorbent la sérosité septique. Il peut en résulter une infection générale, en l'absence de déchirure extérieure.

Le pronostic est donc grave pour la femme, et, soit pendant le travail, soit dans son voisinage immédiat, elle se trouve environnée de dangers. La mortalité, chez les femmes atteintes de cancer du col, présente un maximum de fréquence quand l'accouchement a lieu à terme ; elle est moindre dans l'avortement et l'accouchement prématuré ; dans la statistique d'Hermann, sur 18 femmes qui avortèrent, 3 seulement succombèrent ; sur 51 accouchements à terme, il y eut 16 décès.

Ce n'est pas seulement au voisinage de la délivrance que la femme se trouve exposée. La marche du cancer se précipite en effet après l'accouchement : « Pendant la gestation, lit-on dans la III[e] conclusion de la thèse de Mathieu (2), la marche du cancer

(1) Cormack. London Journ. of med., 1851. p. 212.
(2) Mathieu. Thèse de Paris, 1872.

est le plus souvent ralentie (?), mais après l'accouchement elle n'en recommence qu'avec plus de rapidité. » C'est une loi générale dans l'évolution des néoplasmes que toute irritation produite à leur niveau ou dans leur voisinage imprime à leur processus une acuïté nouvelle, et peut transformer en une marche aiguë une évolution jusqu'alors torpide et latente. Le travail de l'accouchement donne ici un coup de fouet à la maladie, et, quelle que soit la façon dont le cancer s'est comporté pendant la grossesse, il prend, après l'expulsion du fœtus, des allures beaucoup plus rapides.

L'allaitement, au contraire, exerce une influence favorable sur l'évolution du néoplasme. « La fluxion considérable et continue que l'allaitement entretient sur les mamelles détourne les mouvements fluxionnaires, qui se porteraient sur l'utérus, avec d'autant plus d'efficacité que ces deux organes sont rattachés l'un à l'autre par un lien sympathique non équivoque (1). » Téallier (2) cite le cas d'une femme accouchée à terme malgré l'existence d'un cancer utérin, et chez laquelle la tumeur resta stationnaire pendant toute la durée de l'allaitement, qui dura quinze mois. »

(1) Courty. Loc. cit., p. 306.
(2) Téallier. Du Cancer de la matrice, in Lebert, loc. cit., p., 289.

TRAITEMENT

Nous avons à nous occuper ici de la conduite que doit tenir l'accoucheur en face d'une parturiente atteinte de cancer du col utérin. Il n'y a donc pas lieu d'insister sur les médications auxquelles peut donner naissance cette affection dans le cours de la grossesse; cette question est minutieusement traitée dans la thèse de M. Bar (1), et peut se résumer de la façon suivante :

On peut recourir pendant la grossesse à trois ordres d'opérations :

1° Provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

2° Faire l'amputation du col. Cette opération, préconisée par Gusserow, est considérée par Benicke comme rarement suivie d'une interruption de la grossesse.

3° Pratiquer l'extirpation de l'utérus, soit par la voie abdominale (opération de Freund), soit par la voie vaginale, après avoir déterminé au préalable l'expulsion du produit.

Ces trois modes d'intervention ont chacun leurs indications spéciales ; mais la règle qui s'impose au praticien dans l'état actuel de la science est, d'après M. Bar : 1° s'abstenir de toute intervention dont la nécessité n'est pas absolue ; 2° traiter, suivant leur nature, les accidents dus au cancer.

(1) Bar. Loc. cit., p. 125 et suiv.

Au moment de l'accouchement, le praticien se tracera une ligne de conduite basée sur l'intérêt opposé des deux êtres qui se trouvent en balance, et dont l'un devra peut-être, à un moment donné, être sacrifié à l'autre. Les principes généraux qui le guideront seront ici différents de ceux qui dirigent son intervention dans la plupart des cas qui exigent une opération obstétricale.

On s'accorde généralement à reconnaître, lorsqu'on a en présence les intérêts d'une parturiente et ceux de l'enfant qu'elle porte dans son sein, que, même quand la gestation est parvenue à son terme, la vie de la femme, être adulte, complet, et dont la fécondité même affirme la vitalité, doit être préférée à l'existence problématique d'un fœtus encore inexistant et inconscient.

Dans le cas qui nous occupe, au contraire, les aptitudes à la vie sont interverties ; l'existence problématique dont nous parlions naguère est encore préférable à l'issue fatale qui menace la mère. C'est dire que, si un conflit s'élève entre les deux êtres, s'il faut de toute nécessité sacrifier la mère ou l'enfant, la victime sera celui des deux qui est voué à une mort certaine.

« En principe, et dans la grande majorité des cas, dit M. Chalot (1), j'admets bien que la vie de l'enfant doit être sacrifiée pour celle de la mère ; mais la situation réciproque est différente quand il s'agit du cancer utérin. Il n'y a pas de guérison possible pour la mère ; celle-ci est fatalement condamnée à mourir de son affection dans un délai plus ou moins prochain. L'enfant, au contraire, n'est pas seulement susceptible de naître à terme, il peut encore naître viable. La cachexie cancéreuse de la mère exerce sans doute souvent une influence

(1) Chalot. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 30 juillet 1881, p. 363.

funeste sur la vie du fœtus; mais les cas sont, d'autre part, assez nombreux où l'enfant a continué de vivre après l'accouchement. Aussi, dans les cas de grossesse et d'accouchement compliqués de cancer utérin, mais dans ces cas seulement, le chirurgien doit se préoccuper de conserver l'enfant. »

Pendant l'accouchement, comme dans le cours de la grossesse, l'*expectation* sera la règle; le praticien devra abandonner le travail aux soins de la nature; mais il se tiendra prêt à intervenir, et c'est l'intérêt du fœtus qui le guidera dans le choix d'une intervention.

Les vieux accoucheurs, les cliniciens expérimentés, insistent beaucoup sur les avantages de l'expectation sagement pratiquée. « Let nature take her course », disent les Anglais. — « Tout vient à point à qui sait attendre », écrivait Capuron. Puchelt a grande confiance dans les efforts de la nature. « In partu, colli sive orificii carcinomate retardato, longius quidem expectandum esse pro lege habebimurs, quia ipsa natura adeo tumores haud exiguos comprimit, dimimuit et superat. » Freri (1) rapporte qu'une femme accoucha spontanément au moment où on allait pratiquer l'opération césarienne. Depaul (2), dans une de ses observations, relate ses perplexités et l'heureuse issue, dans un cas, d'une intervention négative: « Quelle était la conduite à tenir si le col ne s'était pas dilaté? Une intervention était nécessaire, je veux dire qu'il aurait fallu faire des débridements; mais dans ce cas je n'agis qu'à la dernière extrémité. Je les ai faits bien souvent, et cela heureusement; toutefois, dans les conditions actuelles, il me

(1) Freri. Gazetta medica italiana (Lombardia), in Gaz. méd. de Paris, 1856.

(2) Depaul. Cliniques, cité par Laborde. Étude sur le cancer de l'utérus dans ses rapports avec la fécondation, la grossesse et l'accouchement. Thèse de Paris, 1874, n° 405.

répugnerait de porter un instrument tranchant sur le col dégénéré. En effet, le tissu en est fragile, et, après avoir été incisé, il se déchire lorsque la tête fait effort pour passer. Or cette déchirure peut s'étendre du col au corps de la matrice. Qu'ai-je fait ici? La femme n'était pas bien malade, l'enfant d'un petit volume. J'ai préféré attendre pendant douze heures, et l'issue du travail m'a donné raison. »

Certaines indications se tireront, pendant le travail, de l'état de la mère. C'est ainsi que, dans le cas d'épuisement, on cherchera, par l'emploi des toniques et d'une médication fortement stimulante, à maintenir chez la femme un capital suffisant pour mener à bien l'expulsion. S'il survient une hémorrhagie, le décubitus dorsal sera rigoureusement maintenu; on s'adressera, plutôt qu'au perchlorure de fer et au tamponnement, aux injections d'eau très chaude (à 48° ou 50°), si élogieusement citées par Snéguireff (1), ou à la cautérisation au fer rouge. S'il se produit spontanément une déchirure du col, il faudra attendre encore et n'intervenir nullement, à moins qu'une hémorrhagie abondante ne vienne précipiter l'intervention.

Il faut, d'après M. Bar, pour légitimer l'intervention obstétricale, l'une des trois conditions suivantes :

1° Inertie utérine ;

2° Résistance extrême des parois du col ;

3° Obstruction de l'excavation.

Tous les procédés qui peuvent être mis en usage répondront à l'une de ces trois indications :

1° Raviver les contractions utérines ;

2° Favoriser la dilatation du col ;

3° Pratiquer l'extraction du fœtus.

(1) Snéguireff. Hémorrhagies utérines, étiologie, diagnostic, traitement. Édit. fr. rédigée par Varnier, Paris, 1886.

Nous grouperons autour de chacune de ces indications les divers moyens à employer.

1° INDICATION : RAVIVER LES CONTRACTIONS UTÉRINES

L'étude des agents destinés à remplir cette indication ne nous arrêtera pas longtemps, car les cas sont rares où l'accoucheur doit se préoccuper d'une inertie utérine primitive, et l'on aura plus souvent à lutter contre un tonus exagéré de l'utérus.

L'*ergot de seigle*, proposé par les anciens auteurs, ne doit jamais être administré dans les cas de cette nature. Il est, en effet, admis à l'heure actuelle que ce médicament convient seulement aux cas d'inertie utérine consécutive, et ne peut être rationnellement conseillé que lorsque le fœtus et le placenta ont été expulsés. C'est là une règle absolue qui ne souffre pas d'exceptions ; à plus forte raison est-elle justifiée dans le cas de cancer du col, où l'emploi du médicament provoquerait une tétanisation de l'utérus sans augmenter la dilatation de l'orifice, et serait le meilleur moyen d'amener rapidement la mort du fœtus.

Les *douches chaudes*, suivant la méthode de Kiwisch, si elles ne jouissent pas toujours d'une efficacité incontestable, ne présentent pas, en tout cas, des inconvénients analogues. Peut-être même pourront-elles favoriser la dilatation du col, et contribuer à la ramollir, si celui-ci offre une étendue suffisante des parties saines. Ce sera un bon moyen adjuvant à utiliser.

La *perforation des membranes* pourra, dans quelques cas, réveiller les contractions utérines ; mais ce procédé ne pourra être utilisé qu'autant que la dilatation sera suffisam-

ment avancée. On lit dans l'Observ. 156 de la thèse de M. Bar (1): « Le 29 octobre, le travail se déclare franchement; le col s'assouplit dans sa portion postéro-latérale droite ; les autres parties restent indurées. La dilatation ne s'effectuant que peu, on rompt les membranes le 30, à 3 heures du matin ; une heure après, l'accouchement était terminé. L'enfant pesait 3,070 grammes. »

2me INDICATION : FAVORISER LA DILATATION DU COL

La *saignée*, conseillée autrefois (Mme Lachapelle, Puchelt), n'a pas de raison d'être dans le cas qui nous occupe ; on ne voit pas la nécessité d'ajouter sans avantages une cause de débilitation aux sources multiples d'affaiblissement qui existent chez la cancéreuse.

Les *onctions belladonées*, les *bains tièdes prolongés*, ne peuvent avoir d'action que s'il existe, en même temps que la tumeur, une rigidité spasmodique des parties saines du col.

La *version bipolaire* pourra rendre des services, en amenant à l'orifice utérin une partie fœtale qui s'engagera plus facilement. Dans la plupart des observations, elle n'a été que le premier temps d'une extraction forcée.

La *dilatation artificielle du col* est un procédé beaucoup plus employé, et dont la discussion nous arrêtera davantage.

La *dilatation forcée par les doigts* (2) *ou le spéculum* est une mauvaise méthode. « C'est un moyen trop voisin de

(1) Bar. Loc. cit., p. 225.
(2) Aveling. Obstet. transact., 1876.

la déchirure naturelle, pour ne pas être aussi aveugle, et bien plus douloureux (1). »

La *dilatation avec l'éponge ou la laminaire* est généralement insuffisante pour permettre l'issue du fœtus ; elle ne réalise pas, en outre, les conditions d'asepsie qui sont indispensables dans le cas qui nous occupe.

La *dilatation par les ballons en caoutchouc de Barnes* produira des contusions fâcheuses, si toute la périphérie du col est occupée par le cancer ; elle n'aura d'avantages que s'il s'agit d'un envahissement partiel.

Les *incisions pratiquées sur le col*, bien que vivement discutées, sont encore aujourd'hui une opération de choix. « Ces incisions, dit Baudelocque (2), sont préférables aux déchirures qui pourraient se faire, et n'ont jamais eu les mêmes suites. On doit leur donner plus ou moins d'étendue, suivant l'épaisseur du bourrelet, qui est calleux, mais toujours assez pour que l'orifice puisse ensuite s'ouvrir convenablement. » Lauverjat, Coutouly, Guillemot, s'en montrent non moins enthousiastes. M^me^ Lachapelle (3) et Paul Dubois les vantent avec modération. Schrœder (4) conseille de pratiquer des incisions superficielles sur le col, et de terminer ensuite l'accouchement par l'extraction artificielle du fœtus. Cette méthode a été utilisée par M. le professeur Dumas dans l'observation que nous rapportons.

Sur quelles parties du col doivent être pratiquées les incisions ? Guéniot conseille d'inciser les parties saines du col ; d'autres préfèrent inciser les portions altérées ; la méthode de

(1) Lux. Essai sur l'ouverture artificielle du col de la matrice dans l'accouchement laborieux, thèse de Strasbourg, 1866.

(2) Baudelocque. L'Art des accouchements, Paris, 1796, t. II, p. 374.

(3) Lachapelle. Loc. cit., p. 307 et 371.

(4) Schrœder. Manuel d'accouchements, traduit par Charpentier.

Guéniot est plus rationnelle, car les déchirures consécutives se limiteront plus facilement dans un tissu sain que dans des tissus friables et dégénérés.

M. Bar rapporte 21 observations dans lesquelles on a incisé le col. Dans 5 cas, dont un remarquable de M. Budin (1), les incisions ont été très utiles; dans 2, l'expulsion s'est faite spontanément. Dans la plupart des observations, il a fallu, après avoir incisé le col, appliquer le forceps, et les difficultés de l'extraction ont été grandes; dans plusieurs cas, il a fallu multiplier les incisions une fois le forceps en place; enfin, dans quelques faits, on a dû recourir à la céphalotripsie ou l'embryotomie. Ces diverses opérations n'ont pu, on le comprend, s'accomplir sans des délabrements considérables, et la rupture de l'utérus a été notée comme la complication la plus fréquente; c'est un accident de cette nature qui a causé la mort de notre malade. M. Bar (2) tire les conclusions suivantes de l'étude minutieuse de ses observations :

Les incisions pratiquées sur le col ne sont pas une opération banale et sans importance qu'on doit appliquer indistinctement à tous les cas.

Elles rendront des services quand la dilatation est incomplète, mais suffisamment avancée pour qu'on puisse, au prix d'un faible traumatisme, espérer pouvoir terminer facilement l'accouchement par les voies naturelles.

Elles seront surtout indiquées, dans de telles circonstances, si les parois résistantes ne sont pas très épaisses.

Elles seront contre-indiquées, dans tout les cas où la dilatation est nulle ou bien à peine commencée, quand les

(1) Budin. Archives de torogie, 1879, p. 695-697.
(2) Bar. Loc. cit. p. 193.

tissus envahis par le cancer forment une masse consistante et fort épaisse.

Mais ce sont là deux circonstances bien tranchées qui ne se rencontrent pas toujours dans la pratique. Bien souvent le col est un peu dilaté, les masses envahies par le cancer semblent modérément épaisses. Les indications et contre-indications deviennent alors moins tranchées, et il est délicat de prendre une décision.

Quoi qu'il en soit, quand on aura recours à un procédé opératoire, on ne devra pas oublier que la dilatation du col est, en réalité, due à l'agrandissement des plaies qui ont été faites. Si les incisions s'accompagnent si souvent d'accidents graves, c'est que précisément elles deviennent le point de départ de déchirures du col qui pourront s'étendre plus ou moins loin, suivant qu'on aura opéré sur un col plus ou moins dilaté. A cet égard, les incisions sont complètement assimilables aux déchirures qui se produisent spontanément sur le col pendant l'accouchement. Elles deviennent également, comme elles, l'origine d'hémorrhagies parfois très violentes.

L'*ablation de la tumeur* au moment où la femme est en travail a été proposée par Dugès (1) : « Je crois, dit-il, que dans la majorité des cas, on aurait beaucoup plus de facilité que jamais à pratiquer cette opération, soit pendant le travail, soit immédiatement après l'accouchement. Le vagin est alors très extensible, le col aminci, ramolli, les noyaux squirrheux plus mobiles et quelquefois comme flottants, souvent (après l'accouchement) déjà séparés de l'utérus par deux côtés (double fissure). » D'après lui, l'hémorrhagie serait peu à craindre. Simon (2), au contraire, blâme vivement cette intervention et

(1) Dugès. Note in Mme Lachapelle, loc. cit., p. 308.

(2) Simon. Recherches sur l'opération césarienne, in Mém. de l'Acad. roy. de chir., t. II, 1769.

lui préfère l'opération césarienne. Puchelt fait le raisonnement suivant : « Si la tumeur est peu volumineuse, elle ne gênera pas le travail, et il est inutile de l'enlever; si elle est volumineuse, il sera difficile et dangereux d'en pratiquer l'ablation : celle-ci n'en sera donc justifiée que lorsqu'on aura affaire à une tumeur de moyen volume à pédicule mince. »

M. Bar en rapporte 9 exemples ; l'ablation a été pratique tantôt au galvano-cautère, tantôt à l'écraseur, tantôt même avec les doigts (cas de Frommel) ; il n'est survenu d'hémorrhagie que dans un cas relaté par Gommer. De plusieurs cas, l'opération, bien que palliative, à été manifestement utile ; d'autres fois, malgré l'ablation de la tumeur, l'expulsion du fœtus n'a pu se faire, et on a dû l'extraire artificiellement ; il en est résulté des déchirures et une marche beaucoup plus rapide du cancer après l'accouchement.

M. Bar (1) résume ainsi ses conclusions relativement à l'ablation du néoplasme : « 1° Quand la tumeur cancéreuse s'oppose par son volume à l'expulsion du fœtus, l'excision rendra de grands services si la tumeur, nettement limitée, a une base assez étroite. On pourra, grâce à cette opération, agir heureusement en faisant disparaître la résistance qui s'oppose à l'accouchement. De plus, en supprimant la tumeur, qui pendant l'accouchement sera froissée, comprimée, et qui en se sphacélant, deviendra presque certainement une source d'accidents infectieux pendant les suites de couches, on fera œuvre antiseptique.

» 2° Quand la tumeur cancéreuse sera repoussée par la tête du fœtus jusqu'au niveau de la vulve, on devra l'exciser, si on pense que cette opération puisse créer une large voie par laquelle le fœtus pourra être expulsé.

» 3° Quand l'infiltration cancéreuse est très étendue, l'ablation

(1) Bar. Loc. cit., p. 209.

de la tumeur sera toujours très incomplète et les parois du col contiendront encore après l'opération des tissus inextensibles. Les résultats de l'extirpation seront nuls ou médiocres. »

3e INDICATION : PRATIQUER L'EXTRACTION DU FŒTUS

1° *L'extraction forcée du fœtus* sera possible et indiquée dans les cas où il existera déjà un certain degré de dilatation du col, mais une dilatation insuffisante pour abandonner le travail aux seules forces de la nature. Les moyens à l'aide desquels on pourra la réaliser sont les suivants : l'application du forceps, la version ou l'embryotomie.

Le *forceps* a été appliqué dans 7 cas dont M. Bar donne la relation. Dans toutes les observations on signale la difficulté de son introduction ; à part cela, dans 5 cas où la dilatation était suffisamment avancée, l'enfant a pu être extrait facilement et la femme a survécu. Dans 2 autres cas, il s'est produit une rupture utérine, et consécutivement la mort de la femme.

La statistique des cas traités par la *version* est beaucoup moins favorable. Sur 4 faits, M. Bar rapporte 3 cas de mort. Le pronostic de l'opération est aussi fâcheux pour la mère que pour l'enfant ; cela s'explique si on s'en rapporte aux indications habituelles de la version. Il faut, pour la pratiquer, disent les auteurs, un col assez dilaté ou dilatable, une poche des eaux intacte ou rompue seulement depuis peu. Ici, au contraire, on a affaire à un col peu dilaté, dont le tissu rigide favorisera la déflexion de la tête, à une poche des eaux prématurément rompue, à un utérus souvent contracturé et habituellement vidé de son liquide amniotique ; tout autant

de conditions éminemment défavorables. Aussi la version ne doit-elle être conseillée que dans des cas exceptionnels chez, les parturientes atteintes de cancer du col.

L'embryotomie, la *céphalotripsie*, la *craniotomie* (1), opérations dont M. Bar rapporte 4 exemples, présenteront aussi des indications spéciales sur lesquelles nous ne pouvons insister. Mais ce que l'on peut nettement formuler aujourd'hui, c'est la contre-indication générale à ses opérations ; toute intervention qui vise à la destruction du fœtus ne doit être pratiquée que lorsque celui-ci a déjà cessé de vivre. Il est inutile de répéter ici ce que nous avons dit ailleurs ; on sait que lorsqu'il existe un conflit entre l'existence de la mère et celle du fœtus dans le cas qui nous occupe, la question doit être jugée en faveur du fœtus.

Des divers moyens que nous venons d'indiquer, le forceps est celui qui donne les résultats les plus avantageux ; ce sera donc, à moins d'indications spéciales, l'instrument de choix quand l'extraction forcée sera possible.

2° *L'extraction du fœtus par la voie abdominale* doit, ce nous semble, rallier les suffrages de tous les accoucheurs quand, le fœtus étant vivant, l'expulsion par les voies génitales ne peut se faire sans compromettre d'une façon notable sa vitalité.

Si l'on se place au point de vue de la mère, cette opération est certainement l'intervention la plus grave à laquelle on puisse avoir recours ; mais si l'on considère que, dans les cas où elle est indiquée, l'expulsion spontanée du fœtus sera toujours impossible; que le travail abandonné à lui-même se terminera, dans la plupart des cas, par une rupture utérine; que toute autre intervention par les voies génitales inférieures,

(1) Barnes. Brit. med. Assoc, octobre 1886, in France médicale, 17 mai 1887.

lorsqu'elle sera praticable, s'accompagnera des plus graves désordres, sans que la satisfaction de sauver l'enfant puisse compenser en quelque sorte la gravité du danger couru par la mère ; si l'on fait entrer en ligne de compte ces diverses considérations, l'hésitation est impossible, la laparotomie s'impose.

Quels sont donc les cas dans lesquels l'extraction du fœtus par la voie abdominale doit être faite, et à quel moment doit-on la pratiquer? Sans entrer dans le détail des diverses espèces qui peuvent se présenter, l'accoucheur devra inciser l'abdomen lorsque, chez une femme atteinte de cancer affirmé de l'utérus, l'enfant, ne pouvant être expulsé par les voies naturelles, commencera à souffrir.

Du moment où l'existence du fœtus est menacée, l'expectation devient une faute grave ; à moins, bien entendu, d'un refus formel de la part de l'intéressée, l'accoucheur, transformé en chirurgien, devra ne plus songer qu'au salut de l'enfant, et sans tarder, mettra volontairement en péril immédiat les jours comptés de la mère pour assurer la vie du produit.

De fait, si pour la mère l'intervention est grave, les statistiques témoignent que, pour l'enfant, la laparotomie a donné constamment les résultats les plus favorables. M. Bar a réuni dans sa thèse 14 faits d'opération césarienne pratiquée au moment de l'accouchement; la guérison de la mère a été obtenue dans 4 cas seulement (1). (Il est vrai que souvent la laparotomie a été pratiquée *in extremis*.) Sur 12 enfants dont le sort a été mentionné, 11 furent extraits vivants ; le douzième était déjà mort quand l'opération fut faite.

L'opération est encore indiquée quand, le fœtus étant mort, son passage à travers la filière pelvienne est impossible, malgré

(1) Oldham. Loc. cit. — Greenhalgh. Obstetr. transact, t. IX, p. 241. — Newmann. Med. Times, t. II, p. 95 et 199.

une intervention active dans ce sens et le morcellement du fœtus.

Enfin, dans quelques cas, elle sera pratiquée d'urgence quand la mère succombera pendant le travail ou quand une rupture utérine déversera dans le péritoine une collection de matières septiques.

Quel est le procédé à mettre en usage? On peut hésiter entre trois méthodes, ou du moins trois modes d'intervention ont été proposés : 1° L'opération césarienne classique ; 2° l'opération de Porro ; 3° l'opération de Sænger.

L'*opération césarienne classique* ou hystérotomie abdominale a été pratiquée dans presque tous les cas de cancer du col relatés par les auteurs ; la statistique de M. Bar en indique les résultats.

Il est particulièrement indiqué de ne faire porter l'incision que sur les tissus sains, afin de pouvoir, une fois l'opération terminée, suturer parfaitement le tissu utérin et éviter la projection dans la cavité péritonéale de la sanie cancéreuse.

L'opération de Porro ou opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique, ne peut convenir qu'à des cas déterminés ; elle n'est justifiée que s'il est survenu une rupture utérine et si la contusion des tissus et l'irrégularité de la plaie rendent la suture impossible. A part cette indication, l'opération de Porro n'a pas de raison d'être lorsqu'il existe un cancer du col. En effet, si la tumeur du col est peu volumineuse et n'empêche pas l'issue du fœtus, la laparotomie est contre-indiquée; si elle a acquis des proportions considérables, on ne peut espérer, en enlevant une partie de l'utérus, empêcher la récidive; de plus, le moignon, dont la surface de suture portera en plein tissu cancéreux, pourra donner lieu à une suppuration septique (cas de Pritzl) (1) ; enfin il faut tenir compte

(1) Pritzl. Cité par Felsenreich, Wiener med. Presse, 1883, p. 1157.

du shock opératoire chez une femme épuisée et cachectique.

L'opération de Sœnger n'est pas autre chose que l'opération césarienne, avec quelques modifications particulières tenant surtout au détail des sutures. Sænger, de Leipzig (1), l'a proposée en 1883, et récemment M. Potocki (2) en a fait un exposé fort complet. Cette opération se pratique quand le travail est bien établi, autrement la femme serait exposée à une hémorrhagie grave par inertie utérine ; mais il faut opérer, quand on a le choix, le plus tôt possible, six à huit heures après le début du travail.

Le point capital, une fois le fœtus extrait, est la suture de la plaie utérine : il faut que les deux lèvres de la plaie soient parfaitement au contact l'une de l'autre ; si le rapprochement ne peut se faire qu'au niveau des parties profondes et si la plaie bâille à la périphérie, on dissèque de haut en bas le péritoine sur une largeur de quelques millimètres, et on résèque une tranche du muscle, prismatique et triangulaire, à base dirigée du côté de la séreuse, à bord tranchant regardant la muqueuse. On procède ensuite à l'établissement de deux plans de sutures. Les sutures profondes, au nombre de huit à dix, sont faites au fil d'argent et éloignées les unes des autres de un à un centimètre et demi ; les sutures superficielles sont beaucoup plus nombreuses.

La statistique est très favorable à cette opération, qui s'est aujourd'hui substituée à l'opération césarienne classique et a détrôné l'opération de Porro. Grâce aux perfectionnements apportés par Sænger à la méthode ancienne, grâce aux progrès immenses de la chirurgie antiseptique, les insuccès sont devenus des exceptions. L'opération césarienne ancienne donnait, sans

(1) Sænger. Uber die palliative Behandlung der carcimoma Uteri, Gosselschaft fur Geburts hulfe Leepzig Sitzung vom., 1884, 16 avril.

(2) Potocki. Paris, 1886, Steinheil,

tenir compte de la cause de l'intervention, une mortalité de 22,5 0[0, qui est descendue à 10 0[0 avec les découvertes récentes. L'opération de Sænger est plus favorable encore : sur 19 opérations de ce genre pratiquées récemment par Sænger à Leipzig et Léopold à Dresde, une seule fois la femme a succombé, et encore avait-elle été infectée avant l'intervention ; *tous les enfants ont été extraits vivants.*

Reste à faire l'application de la méthode aux cas de cancer du col. Nous ne sachons pas qu'elle ait été pratiquée pendant l'accouchement dans des cas de cette nature ; M. Bar (1) a publié, il y a peu de temps, l'observation d'une femme atteinte d'un cancer du col chez laquelle il a exécuté l'opération césarienne suivant le procédé de Sænger, quelques jours avant le terme ; la mère et l'enfant ont pu être sauvés.

Il est aujourd'hui presque banal de rappeler que, dans une opération aussi grave, intéressant des organes profonds et d'une infection facile, l'antisepsie doit être pratiquée dans toute sa rigueur.

En résumé, chez la femme atteinte de cancer du col et parvenue au moment de l'accouchement, l'expectation sera la règle de conduite tant que la mère et l'enfant ne seront pas fâcheusement influencés.

Si l'enfant est vivant et l'expulsion possible par les voies génitales inférieures, on attendra l'expulsion spontanée par les moyens tels que les incisions, l'ablation partielle de la tumeur, l'application du forceps ou la version, cette dernière étant rarement indiquée.

Si l'expulsion par le vagin d'un fœtus vivant est impossible, on pratiquera l'opération césarienne avec le modus faciendi indiqué par Sænger.

(1) Bar. Semaine médicale, 2 février 1887.

Si l'enfant est mort, on n'aura recours à la laparotomie que dans les cas où le morcellement du fœtus, aidé de la série des opérations sur le col, sera impuissant à permettre l'exonération utérine.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du col de l'utérus exerce sur l'accouchement une influence fâcheuse, aussi bien au point de vue de la mère qu'au point de vue du fœtus.

II. — Rarement le travail a une durée normale, habituellement il est prolongé ; le plus souvent on est obligé d'avoir recours à une intervention artificielle. Les complications sont fréquentes, et parmi elles on doit placer au premier rang les déchirures du col, atteignant ou non le péritoine ; il faut encore signaler les hémorrhagies, les ruptures de l'utérus, l'inertie utérine et l'épuisement de la mère.

III. — Dans le choix d'une intervention, on doit se laisser guider par l'étendue de la dilatation et l'état de l'enfant, dont les intérêts seront toujours préférés à ceux de la mère. Suivant les cas, on aura recours aux incisions du col, à l'ablation de la tumeur, au forceps, à la version, aux opérations destructives du fœtus (dans les cas seulement où celui-ci aura succombé), enfin à l'opération césarienne modifiée par Sænger, qui, au point de vue de la sauvegarde de l'enfant, mérite une place d'honneur dans cette énumération.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 mai 1887.
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 mai 1887.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !